

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

787

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

José-Rafael MAYMI

Né le 6 Décembre 1903, à SAN JUAN (Porto Rico)

DÉMENCE PRÉCOCE
ET

TUBERCULOSE

(LA TUBERCULOSE COMME FACTEUR ÉTIOLOGIQUE
DANS LA PATHOGÉNIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE)

TRAVAIL FAIT DANS LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET DE L'ENCÉPHALE
(PROFESSEUR HENRI CLAUDE)

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

José-Rafael MAYMI

Né le 6 Decembre 1903, à SAN JUAN (Porto Rico)

DÉMENCE PRÉCOCE

ET

TUBERCULOSE

(LA TUBERCULOSE COMME FACTEUR ÉTIOLOGIQUE
DANS LA PATHOGÉNIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE)

TRAVAIL FAIT DANS LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET DE L'ENCÉPHALE
(PROFESSEUR HENRI CLAUDE)

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

Doyen

G. ROUSSEY

I. — Professeurs

MM

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE
Léon BINET
STROHL
DESGREZ
Robert DEBRE
BRUMPT
BAUDOUIN
ABRAMI
CHEVASSU
ROUSSY
CHAMPY
TUJ FNEAU
HARVIER
TANON
BALTHAZARD
LAIGNEL

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

FIESSINGER
Maur. VILLARET
LOEPER
CARNOT

Clinique médicale

CLERC
Marcel LABBE

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

LEREBoullet
NOBECOURT
H. CLAUDE
GOUGEROT
GUILAIN
LEMIERRE
CUNEO

Clinique chirurgicale

GOSSET
GREGOIRE

Clinique ophtalmologique

LENORMANT
TERRIER

Clinique urologique

MARION

Clinique d'accouchements

BRINDEAU
COUVELAIRE

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Cardiologie clinique

JEANNIN
MOCQUOT
OMBREDANNE
RATHERY
LEMAITRE
Pierre DUVAL
SERGEANT
BEZANCON
MATHIEU
LAUBRY

Professeurs sans chaire

HOVELACQUE
MCLOD
OLIVIER
VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BESANCON (J.) Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
FUNK
BRENTANO Pathologie chirurgicale.
GAUJARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
DE GENNES... Pathologie médicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LABBE Henri.. Chimie biologique
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE Guy. Pathologie médicale
LELONG Pathologie chirurgicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie médicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUEN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLERY-RADOT		
(Pasteur).		
MEZARY		

MM.

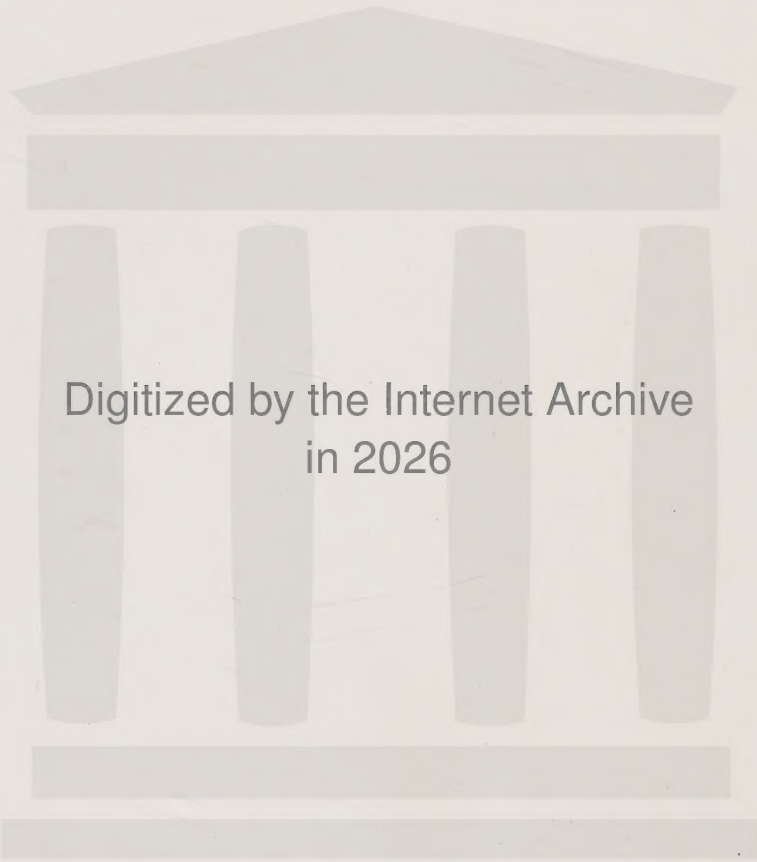
BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale	
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Y DE

MI MADRE

A MI TIA FELICITA

A DOLORES

A JACINTO Y PACA

A LOS MIOS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse. En témoignage
de ma profonde et respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE LA FACULTE DES SCIENCES
DE « JOHNS HOPKINS UNIVERSITY »

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur LUIS SAYE
Professeur de Phtisiologie à la Faculté de Médecine
de Barcelone

A MON EXCELLENT CAMARADE

Monsieur le Docteur JULIAN AJURIAGUERRA
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Asiles de la Seine

Faible témoignage d'amitié et d'admiration sincères.

A MIS AMIGOS

AVANT-PROPOS

Avant de commencer notre travail, nous voulons exprimer notre profonde et respectueuse reconnaissance à notre Maître, M. le Professeur Henri CLAUDE, qui a bien voulu nous permettre de travailler dans son Service à l'Asile Clinique de Sainte-Anne.

C'est de son précieux enseignement que nous avons tiré les principes qui nous ont servi de guide dans la réalisation de ce travail.

Nous remercions de tout cœur MM. les Docteurs RUBENOVITCH, SIVADON et J. ROUART, Chefs de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, pour leur aimable et bienveillant accueil et pour leurs précieux conseils.

INTRODUCTION

L'idée du présent travail nous a été inspirée au moment où nous suivions les leçons et les travaux de M. le Professeur H. CLAUDE dans son Service de l'Asile Sainte-Anne.

Il a été conçu avec l'idée essentielle de réunir un certain nombre d'observations recueillies dans le Service de M. le Professeur CLAUDE et intéressant la question des rapports qui existent entre la démence précoce et la tuberculose. Nous avons pensé qu'il n'est pas inutile de revenir sur des faits cliniques qui ont déjà attiré l'attention de psychiatres éminents.

Aussi, n'avons-nous pas la prétention d'ajouter aux si belles recherches de MM. CLAUDE, BARUK et autres savants qui se sont occupés de cette question.

Nous allons présenter ces observations non pas pour démontrer la fréquence de la tuberculose comme facteur étiologique dans la genèse de la démence précoce, chose d'ailleurs bien démontrée par différents auteurs, ainsi que nous le verrons au cours de ce travail, mais seulement afin d'ajouter quelques observations à celles publiées jusqu'ici. Parmi celles-ci, nous avons jugé nécessaire de faire place à quelques observations qui ont déjà

été publiées et étudiées plus amplement par MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU et par KERFRIDIN dans sa thèse, pour appuyer le sujet de ce modeste travail.

Nous commencerons ce dernier par une rapide revue générale des différents travaux qui mettent en évidence un rapport entre la tuberculose et la démence précoce, en insistant tout particulièrement sur les travaux les plus récents, surtout ceux de CLAUDE et BARUK, qui ont exposé avec une si grande maîtrise la position actuelle du problème.

Nous esquisserons d'abord rapidement dans un premier chapitre l'évolution générale des idées sur la question. Cette introduction nous permettra de montrer comment se pose aujourd'hui ce problème si complexe et encore, d'ailleurs imparfaitement résolu.

Ensuite nous essayerons de faire une courte synthèse de nos connaissances les plus récentes qui ont permis de ramener le problème sur un terrain plus biologique.

Puis, dans une troisième partie, nous présenterons l'étude individuelle des malades, qui ont été suivis de très près pendant leur maladie, et dont les observations nous ont semblé particulièrement intéressantes et significatives, enfin nous tâcherons de tirer de l'étude de ces observations, des faits d'ordre plus général, concernant la question des rapports entre la tuberculose et la démence précoce.

REVUE GENERALE

On trouve déjà chez les anciens quelques allusions aux rapports entre la tuberculose et la « folie », mais c'est au grand Maître ESQUIROL qu'appartient les premières notions nettes et précises au sujet de la sympathie qui réunit ces deux états morbides.

BALL, dans ses leçons sur les Maladies Mentales, déclare en 1881 qu'il existe dans certains cas déterminés une corrélation de cause à effet entre la phtisie et la folie, et il apporte des faits à l'appui de cette conception.

KRAEPLIN, le créateur du terme « démence précoce », lui-même, après s'être intéressé au facteur tuberculeux dans l'étiologie de la démence précoce, exprime dans la dernière édition de son traité une opinion beaucoup plus réservée.

A la suite des conceptions de KRAEPELIN en Allemagne, de SÉRIEUX en France, les recherches semblaient devoir se diriger vers l'hypothèse d'une étiologie toxique ou toxi-infectieuse de la démence précoce. Malheureusement, il ne s'agissait encore à ce moment que des données reposant sur une simple impression clinique. Ultérieurement, les tendances relatives à la pathologie des noyaux centraux, et, d'autre part, les théories psychologiques exclusives,

devaient modifier complètement les théories régnautes. Aux conceptions toxiques se substituèrent des hypothèses de localisation stricte mésocéphalique, ou encore des explications purement psychogéniques.

Mais, depuis ces dernières années, un travail critique, et de nouvelles données physiologiques, ramènent, d'une façon beaucoup plus ferme cette fois, l'étude de la démence précoce sur le terrain des manifestations toxiques et toxi-infectieuses. L'importance de cette pathogénie toxique est maintenant largement confirmée par la réalisation de la *Catatonie expérimentale*.

D'autre part, les conceptions relatives au virus tuberculeux et à ses modes d'action ont également considérablement évolué. Aussi la question des rapports de la tuberculose et de la démence précoce a-t-elle pu être reprise sur des bases beaucoup plus solides.

Nous passerons rapidement en revue les principaux travaux qui ont été consacrés à la question, en faisant un nouveau chapitre à part des travaux des six dernières années, qui méritent d'être mis en lumière.

Nous avons déjà parlé des grands pionniers ESQUIROL, BALL et KRAEPELIN.

En 1908, CLAUDE et ROSE, dans un important travail, ont rapporté l'observation suggestive d'une femme de 22 ans qui présentait un syndrome catatonique qui persista pendant 18 mois avec cachexie tu-

berculeuse et dont l'autopsie montrait, à côté des lésions tuberculeuses des poumons, des lésions de méningite scléreuse ancienne avec altération des cellules corticales. Ces auteurs incriminent dans la genèse des accidents psychiques l'intoxication tuberculeuse torpide existant de longue date et ayant déterminé cette altération des cellules corticales bien avant l'éclosion des accidents terminaux de bacillose viscérale. Ce travail de CLAUDE et ROSE marque une date dans l'histoire de cette question en mettant en évidence le rôle capital des toxines tuberculeuses sur les cellules cérébrales.

Ultérieurement un certain nombre d'auteurs français ont développé la même thèse à propos de diverses observations cliniques, en particulier DIDE, KLIPPEL, VIGOUROUX et NAUDASCHER.

Sur l'initiative de LAIGNEL-LAVASTINE, RANCMAN consacre sa thèse en 1914 aux « Relations de la tuberculose et de la démence précoce ». Dans sa conclusion, il relève que la fréquence de la mort par tuberculose dans la démence précoce est très grande. Cette fréquence lui paraît tenir essentiellement, soit à la dénutrition et au mauvais état des malades, qui prédispose à l'infection tuberculeuse, soit au développement antérieur de la tuberculose à laquelle serait alors due la démence précoce, soit enfin à une hérédodystrophie, prédisposant en même temps à l'infection tuberculeuse et au développement de la démence précoce.

Après la guerre de 1914-1918, période pendant la-

quelle les travaux furent délaissés, nous retrouvons les statistiques de LOEW (1917). Cet auteur observe que la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces ne peut pas être attribuée, comme le démontre la comparaison avec les autres catégories de malades, uniquement à la particularité de leur vie: tombent victimes de la tuberculose beaucoup de déments précoces qui se comportent à peu près normalement et qui travaillent dans des colonies agricoles ou dans des asiles très hygiéniques, pendant que d'autres qui vivent dans des conditions moins hygiéniques, restent immunisés.

GOSLINE (1918-1920) admet un rapport de cause à effet entre la tuberculose et la démence précoce, se basant sur ses observations cliniques et anatomo-pathologiques: il croit à la possibilité future d'une individualisation d'un type spécial de démence précoce causée par la tuberculose et seulement diagnos-ticable par les moyens sérologiques et de laboratoire.

WOLFER (1919-1920-1930), se basant sur diverses observations et différentes autres considérations très intéressantes, parle directement d'une « tuberculo-genèse de la démence précoce ». Il la considère comme une sorte de « métatuberculose », dans le sens qu'il existerait probablement dans le sang des malades des albumines toxiques d'origine tuberculeuse. Pour expliquer le fait que tous les individus atteints de tuberculose ne deviennent pas des déments précoces, on pourrait supposer que cette albumine toxi-

que d'origine bacillaire n'est pas capable d'exercer son action détériorante sur le système nerveux central, si les fonctions de certains organes de défense de l'organisme, qu'on pourrait représenter par le système endocrinien, ne sont pas atteintes d'abord. C'est cette altération du système endocrinien qui serait produite dans un premier temps par ladite toxine d'origine bacillaire.

LIEBERMEISTER (1920) attribue à la tuberculose une grande importance dans l'étiologie de la démence précoce. Il croit que les idées de WOLFER sont fondamentalement justes et il parle de l'opportunité d'instituer une cure spécifique intense et progressive chez tous les psychopathes qui réagissent positivement à la tuberculine. (D'après les recherches de KOSTER, faites sur le conseil de LIEBERMEISTER, ces cas sont très nombreux).

LAIGNEL-LAVASTINE (1921) cite les observations cliniques de RANCMAN, KAHN et GALAIS, VIGOUROUX et NAUDASCHER ; il apporte aussi quelques observations personnelles très intéressantes et conclut que « les syndromes des déments précoces, simples, hébéphréniques, catatoniques et paranoïdes, dépendent tous de la même affection, l'encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale, et qu'ils sont tous d'origine tuberculeuse. Pour ces cas, le triple diagnostic du syndrome, de l'affection et de la maladie, serait alors le suivant : démence précoce, encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale, tuberculose ».

ZALLA (1923) fournit des données statistiques d'une

grande importance, relatives à la mortalité par tuberculose à l'Institut de clinique psychiatrique de Florence.

Il constate la grande fréquence de la tuberculose chez les hébéphréno-catatoniques et pense que les syndromes hébéphréno-catatoniques et les syndromes paranoïdes représentent une forme de réaction spéciale du système nerveux, chez des sujets constitutionnellement prédisposés, à facteurs étiologiques probablement différents, mais parmi lesquels figure en premier lieu l'infection tuberculeuse.

NOLAN D. C. LEWIS (1923) constate aussi la grande fréquence de la tuberculose chez les hébéphréno-catatoniques. L'auteur considère que celle-ci est en rapport avec un facteur constitutionnel organique, qu'il a assez fréquemment rencontré dans les autopsies de ses malades et qu'il n'a presque jamais trouvé chez les malades mentaux autres que les déments précoces : *c'est l'hypoplasie de l'appareil cardio-vasculaire*. En même temps il relate que l'examen histologique des glandes endocrines de 22 déments précoces, lui a révélé des altérations notables (aplasie, atrophie, sclérose, hyperplasie) qui ne s'expliquent ni par l'état des malades, ni par des maladies physiques concomitantes. Il conclut « qu'il existe probablement un type constitutionnel caractérisé par l'hypoplasie de l'appareil cardio-vasculaire et par un manque de résistance des glandes endocrines, qui prédispose au développement de la démence précoce, au moment de la puberté ». Cette constitution

serait en outre caractérisée par un défaut de l'énergie défensive de tout l'organisme et habituellement associé au lymphatisme.

D'après LEWIS, il n'existerait pas un rapport de causalité entre la tuberculose et la démence précoce, mais seulement un rapport de fréquence concomitante déterminée par un terrain constitutionnel qui prédispose aux deux maladies.

CIARLA (1924) distingue le stade de « protobacillose » (« toxi-infection tuberculeuse, diffuse dans les humeurs, avant la localisation et la formation du processus modulaire et dans tous les cas nécessaire pour cette formation ») du stade de la vraie tuberculose localisée. La « Protobacillose » est, d'après CIARLA, la principale cause exogène, nécessaire et suffisante de plusieurs maladies mentales.

LUXEMBURGER (1927) croit à l'existence d'un type constitutionnel somatique spécial, qui prédispose à l'infection tuberculeuse et à la démence précoce. Il remarque que le type « asthénique » (*leptosome*) de Kretschmer (qui a essayé de classer les psychopathes en fonction du type morphologique) qui fournirait la plupart de schizophrènes, est à peu près analogue au « type bacillaire » de Landouzy. D'autre part, il établit une statistique qui porte sur 915 familles et 5.800 sujets : 361 familles de déments précoces, 354 de maniaco-dépressifs, 200 familles normales. Il a constaté que les frères et les sœurs des schizophrènes meurent 4 fois plus souvent de tuberculose que la population ordinaire ; que les fa-

milles de maniaco-dépressifs présentent une mortalité par tuberculose sensiblement égale à celles des familles normales. Il en conclut « que la faible résistance des frères et sœurs des schizophrènes à la tuberculose, est certainement un moment constitutionnel héréditaire et qu'il faut admettre l'existence d'une corrélation étroite entre la prédisposition à la démence précoce et la faible résistance à l'infection tuberculeuse ».

En septembre 1930, TOULOUSE s'occupe dans son article sur « la tuberculose et la psychopathie » de la question de l'hérédo-tuberculose. Depuis qu'on admet avec ARLOING et DUFOUT « qu'une mère tuberculeuse peut transmettre, par voie transplacentaire, à l'enfant qu'elle porte dans son sein, le virus tuberculeux sous sa forme filtrante », on pourrait concevoir une hérédité tuberculeuse. Ceci veut dire que ce dont on hérite au point de vue pathologique, c'est d'une certaine disposition, d'une certaine aptitude morbide, d'un terrain et non pas d'une maladie formelle qui passerait de l'ascendant au descendant. Dans l'étude de ce terrain, l'auteur relève, d'après LANDOUZY, des dystrophies générales ou partielles, des troubles de la nutrition et des lésions cardiaques et vasculaires (ceci cadre bien avec les constatations de LEWIS).

Or, l'auteur remarque aussi que le type « asthénique » de KRETSCHMER, qui fournirait beaucoup de schizophrènes, a comme base organique des caractères morphologiques qui se rapprochent beaucoup

de ceux de l'hérédo-tuberculeux, et il constate qu'en somme la psychopathie se déclare fréquemment chez les individus qui présentent des signes d'une évolution tuberculeuse ou de ce terrain, « qui est peut-être une forme de tuberculose atypique ».

**L'état actuel de nos connaissances
sur la question
« tuberculose et démence précoce »
Notion de l'intoxication tuberculeuse lente et modérée**

Autrefois, le rôle du médecin psychiatre consistait essentiellement à étudier le psychisme des malades en le comparant à celui des personnes normales. Actuellement, sous l'impulsion du Professeur CLAUDE, on s'attache, en France, de plus en plus, à étudier de front les modifications psychologiques et les phénomènes biologiques concomitants.

I. — RECHERCHES CLINIQUES. — Ce n'est que depuis ces dernières années que la question « tuberculose et démence précoce » a vraiment pris corps.

En 1930 apparaît l'étude clinique remarquable de CLAUDE et BARUK, ramenant la question sur le terrain des manifestations toxiques et toxi-infectieuses. Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations très suggestives à ce sujet et ils constatent surtout à la base de leurs observations le fait qu'il existe un véritable *balancement* entre l'activité des localisations somatiques de la tuberculose et les troubles psychiques : les troubles mentaux font leur apparition pendant les phases de tuberculose torpide ; ils font défaut ou s'atténuent durant les phases de tuberculose évolutive.

Les auteurs font alors une étude d'interprétation de ces données en les rapprochant des travaux qu'ils ont eux-mêmes faits avec DE JONG sur *la Catatonie expérimentale par la Bulbocapnine*. Or, ces travaux ont démontré que l'état de catalepsie ne peut être déterminé expérimentalement que par une intoxication lente et modérée. Ils remarquent aussi que le plus souvent en clinique, lorsque le syndrome catatonique est associé à un état toxi-infectieux, il s'agit d'une toxi-infection lente, torpide (dans la syphilis, par exemple). Et ils concluent sur l'importance de la *notion d'une intoxication lente, modérée*, dans le problème des rapports de la démence précoce et la tuberculose.

Ils abordent ensuite l'étude du problème de la *tuberculose toxique*. Il leur semble que, d'après les données cliniques, « la tuberculose puisse se comporter parfois comme une maladie générale toxique susceptible de donner des accidents nerveux, et qu'il puisse exister un certain antagonisme entre cette tuberculose « toxique » et la tuberculose « évolutive ». Tout se passe, disent-ils, comme si « *le système nerveux se comportait comme un réactif extrêmement sensible réagissant par de multiples troubles fonctionnels à l'intoxication tuberculeuse larvée ou incipiens* ».

Ils pensent que l'observation clinique permet de soupçonner que la tuberculose puisse jouer, notamment dans ses formes torpides et toxiques, un rôle

important dans l'étiologie de certains cas de démence précoce hébéphréno-catatoniques.

Et ils finissent en demandant au laboratoire de corroborer ces données cliniques « très troublantes ».

Cette hypothèse s'inscrit d'ailleurs dans la conception plus générale de CLAUDE au sujet de la classification des états schizophréniques. Contrairement à la doctrine uniciste de BLEULER basée sur le seul mécanisme « trop » psychologique de la dissociation mentale, il faut, dit CLAUDE, distinguer : 1° *hébéphréno-catatonie*, *type Morel*, qui correspondrait à une véritable encéphalite à substratum organique, ou tout au moins toxique ; 2° *les états schizoïdes*, allant de la schizoïdie simple à la schizophrénie complète, états mentaux purs, d'allure psychogène, engendrés surtout par les bouleversements humoraux résultant des traumatismes moraux ou affectifs. Ces cas sont à type surtout paranoïde ou paraphrénique, relevant sans doute du mécanisme dissociatif de la schizophrénie.

C'est, bien entendu, dans la première catégorie que le rôle de la tuberculose mériterait avant tout d'être recherché.

II. — RECHERCHES STATISTIQUES. — Nous avons fait mention de certaines statistiques (ZALLA, 1923 ; LOEW, 1917), qui montrent que la mortalité par tuberculose est beaucoup plus supérieure chez les déments précoces que chez les autres malades d'asile.

En France, les différentes statistiques publiées

que nous connaissons, datent de longtemps et ont été citées dans la thèse de DUROCHER (1906) et de ROUYEYER (1930). Elles ne donnent que des chiffres sur la mortalité générale par tuberculose, qui serait huit fois plus forte à l'asile que dans la population.

Plus près de nous, citons les statistiques très soignées de BLUMENFELD (1933), faites à l'Asile de Clermont (Oise), et publiées dans sa thèse. Celles-ci nous apprennent que dans cet asile le pourcentage des cas de tuberculose cliniquement et radiologiquement constatable est beaucoup plus grand chez les déments précoces que chez les autres aliénés. (Sur 139 cas de tuberculose, 90 sont des déments précoces, soit 64 % et les autres 49, soit 36 %, appartiennent aux autres catégories de malades mentaux).

Qu'il nous soit permis de dire que parmi ces cas nous ne trouvons probants que ceux où la tuberculose a précédé la démence précoce de très près, ou bien ceux dans lesquels il y a eu une intrication nette entre l'évolution tuberculeuse et les troubles psychiques.

D'autres recherches très intéressantes faites par MM. CLAUDE, DUBLINEAU, BOREL et ROUART (Voir *Paris Méd.*, n° 8, 24 fév. 1934), ont mis en évidence que l'infection tuberculeuse se retrouve beaucoup plus fréquemment dans les antécédents héréditaires et collatéraux des déments précoces que dans ceux d'autres aliénés.

Dans un travail récent, Mlle PASCAL et DOUSSINET, en étudiant les antécédents personnels et les coïnci-

dences cliniques, radiologiques et humorales des déments précoces, trouvent la tuberculose dans 92 à 94 % de leurs cas.

A l'Asile de Mareville, PRIVAT DE FORTUNE et GERNEZ ont étudié en 1930, au point de vue généalogique et clinique, 174 malades. Sur ce chiffre, 126 présentaient des antécédents tuberculeux (soit 72,4 %).

Et nous concluons que ces recherches statistiques, quoi qu'elles ne prouvent rien par elles seules, ont une certaine valeur suggestive qui, jointe aux autres recherches, peuvent nous donner des arguments à l'appui de notre thèse.

III. — RECHERCHES BIOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES.
— Des recherches récentes ont été consacrées à la question en la reprenant à un point de vue plus biologique. Certains auteurs ont recherché l'ultra-virus tuberculeux à partir du liquide céphalo-rachidien ou de la substance cérébrale des hébéphréniques. D'autres ont essayé d'obtenir les lésions de la tuberculose classique par inoculation des mêmes produits; d'autres enfin, par des procédés indirects mais plus sensibles, ont cherché à mettre en évidence dans le sang et le L. C. R. des déments précoces des propriétés biologiques spéciales aux humeurs des tuberculeux.

LOEWENSTEIN (1931) trouve par *hémoculture* du bacille de Koch dans 10 cas de démence précoce sur 24 cas, alors que d'autres auteurs, utilisant la même méthode, n'obtiennent que des cultures négatives.

TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF et VAN DEINSE ont les

premiers décelé la présence de l'ultra-virus dans le L. C. R. Ils indiquent dans leur récente communication à la Société Médico-Psychologique, que dans 3 cas de démence précoce confirmée ils n'ont pu trouver de B. K., ni dans le sang, ni dans le L. C. R. Par contre, ils ont isolé l'ultra-virus dans un cas de bouffée délirante curable à type schizophrénique et décelé à la fois l'ultra-virus et une pauci-bacillose dans un cas de schizophrénie avec périodicité pendant une phase évolutive.

D'HOLLANDER et ROUVROY, par inoculation au cobaye, obtiennent, sur 12 cas de démence précoce, type *Morel*, 11 résultats positifs, mais leur travail ne resta pas convaincant pour quelques psychiatres, et on a pu douter de la légitimité de la tuberculose qu'ils auraient observée chez leurs cobayes inoculés.

PUCA fait des recherches sur 47 malades pour la plupart hébéphrénico-catatoniques, quelques-uns paranoïdes. En inoculant le L. C. R. de ces malades au cobaye, il a pu obtenir 9 résultats positifs sur 39.

La faible proportion des succès d'inoculation rapportés jusqu'à ce jour est en somme peu démonstrative, d'après C. PASCAL, qui a publié en 1933 une intéressante revue générale critique de la question.

D'un autre côté, des recherches se sont poursuivies dans un ordre d'idées différent :

Notion de la superallergie de déments précoces. — BARUK, BIDERMAN et ALBANE s'appliquent à l'étude des réactions allergiques chez 65 déments précoces hébéphrénico-catatoniques par une triple épreuve :

clinique, radiologique et humorale (cuti-réaction, réaction de Vernes et réaction de Besredka). Ils ont ainsi mis en évidence chez ces malades des réactions allergiques d'une intensité extrême.

Dans la suite, ils entreprennent des recherches expérimentales avec des cobayes rendus préalablement allergiques par l'injection des produits tuberculeux peu virulents (sérosité de pleurésie séro-fibrineuse). Ils injectent à ces animaux du L. C. R. de déments précoces, et obtiennent au niveau de l'injection une réaction nécrotique (sans B. K. localement constatable) qu'ils ont interprétée comme un *phénomène de Koch*. Ces ulcérations semblent démontrer aux auteurs l'existence dans le L. C. R. des déments précoces d'un principe agissant comme les produits tuberculeux (Voir *Thèse Albane*).

Chez certains cobayes ils ont obtenu des phénomènes moteurs (épilepsie, catatonie) et chez l'un de ces derniers ils ont vu en outre des lésions méningées. On reconnaît, il est vrai, que ce sont là des faits d'une interprétation bien discutée.

Devant ces faits, les auteurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle les caractères spéciaux que revêt la tuberculose chez les déments précoces « serait due à l'intensité de l'allergie, à une sorte de *super-allergie* de ces malades. Selon eux les déments précoces se trouvent à la fois sensibilisés vis-à-vis de la tuberculose maladie et relativement mieux armés contre elle. Mais si leurs réactions allergiques de défense leur permettent souvent de raleptir l'évolution

de leurs lésions anatomiques, elles leur confèrent par contre-coup des *perturbations humorales importantes* qui retentissent très probablement sur le système nerveux et l'état mental ».

Il y aurait donc chez les déments précoces un milieu humoral spécial et variable favorisant l'atteinte cérébrale par les toxines tuberculeuses.

Ces faits nous expliquent le paradoxe des déments précoces, qui présentent leurs troubles mentaux au moment où leurs lésions viscérales semblent guérir.

Plus récemment XAVIER et Paul ABELY et COULÉON, reprenant la méthode utilisée par BARUK et ses élèves, en partant cette fois du sang des déments précoces, ont obtenu 5 fois une ulcération au point d'inoculation chez des animaux fortement tuberculisés, ulcération qu'ils ont considérée comme un phénomène de Koch.

Nous arrivons là aux recherches faites par MM. CLAUDE, COSTE, VALTIS et VAN DEINSE pendant les années 1933-1934, et dont quelques résultats ont déjà été publiés. Ces auteurs mettent d'abord leurs cobayes dans des conditions de réceptivité favorables en les traitant par l'extrait acétonique de bacille de Koch. Ils injectent ensuite à ces animaux, soit du sang, soit du liquide céphalo-rachidien de déments précoces, et par des passages successifs, ils recherchent dans les lésions provoquées, le bacille de Koch ou les formes qui en dérivent.

Le résultat final de ces recherches a été en géné-

ral si peu satisfaisant pour les auteurs, que M. CLAUDE a tenu à faire des déclarations importantes à ce sujet à la Société Médico-Psychologique dans sa séance du 28 mai 1934.

Écoutons-le : « Je saisis l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. DIDE pour revenir sur la question du rôle du virus tuberculeux dans la démence précoce.

« Bien que je pense toujours que l'étude clinique démontre le rôle fréquent de la tuberculose *non comme complication*, mais à l'origine de la démence précoce, la démonstration expérimentale m'apparaît aujourd'hui plus rare que je ne l'ai dit. Des recherches nouvelles poursuivies dans des conditions nous mettant à l'abri des sources de contamination ou d'infection diverses, ont modifié mon expérience et m'incitent à déclarer que l'on ne saurait apporter trop de risques dans la technique bactériologique et dans l'interprétation des faits. Des inoculations, faites avec le sang et le liquide céphalo-rachidien de sujets présentant le syndrome de démence précoce, chez des cobayes traités en même temps par l'extrait acétonique, et placés en dehors de toute condition d'infection, n'ont pas réagi de la même façon que dans des recherches antérieures. Il conviendrait, donc, de poursuivre ces études probablement avec des techniques plus perfectionnées et en s'appliquant à faire des prélèvements dans des conditions différentes. Néanmoins, après cette déclara-

tion, j'insiste sur l'intérêt qui s'attache à l'étude des faits qui conduisent à ne pas négliger le rôle du virus tuberculeux dans l'apparition du syndrome de démence précoce en raison de l'intérêt thérapeutique qui s'attache à cette notion. »

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

Nous nous sommes attaché à l'étude des rapports entre la tuberculose et la démence précoce. A cet effet, nous avons suivi un certain nombre de malades de la Clinique dont les rapports entre les deux affections étaient nets. Il nous est difficile de présenter une statistique, car les malades, étudiés par nous, ont été choisis par l'intérêt que la clinique des maladies mentales a porté à cette étude passionnante.

Nous présentons 14 observations choisies parmi les plus intéressantes. Nous laissons de côté un grand nombre d'autres qui nous paraissent peu démonstratives, par exemple celles dans lesquelles une tuberculose se développe au cours ou à la période terminale de la démence précoce.

Obs. I. — *Deb...*, 26 ans. sans profession.

RÉSUMÉ. — *Démence précoce évoluant depuis trois ans au moins ; incurie, inactivité, indifférence affective. Maniérisme. Tics de la face. Rires immotivés. Antécédents bacillaires nets : long passé pathologique fortement suspect de tuberculose. Père aurait été tuberculeux. Radiographie des poumons légèrement suspecte de tuberculose fibreuse.*

Antécédents familiaux : Père aurait été tuberculeux (a été soigné à Hendaye dans sa jeunesse). Actuellement bien portant.

Antécédents personnels : Long passé pathologique : tumeur blanche du genou à 3 ans, soigné à Berck pendant 18 mois. Bronchite jusqu'à 7 ans. A 12 ans, crises nerveuses la nuit. Depuis, absences et colères par crises, sans perte de connaissance. A 24 ans, hémoptysies (?). Pleurésie. Séjour dans un sanatorium. On n'a pas trouvé de B. K. dans les crachats. Radiographie : trame pulmonaire accentuée, ombres hilaires marquées. Tenu pour fortement suspect de tuberculose. Sorti du sanatorium le 15 février 1932.

Début de troubles mentaux Depuis le malade n'a pas travaillé. Inactivité permanente. Sorties nocturnes non motivées. Par moments impulsivité paraissant dangereuse.

Entrée dans le service le 26 juillet 1933 : « Est atteint de troubles mentaux polymorphes caractérisés par des idées hypochondriaques mal systématisées, des troubles de l'attention, des bizarreries d'attitude avec tics de la face et des épaules. Grimaces. Ne travaille pas depuis 2 ans, mène une existence anormale. Sorties nocturnes non motivées, inaction permanente, témoigne par moments d'une impulsivité paraissant dangereuse » (Docteur Pagniez).

Certificat du 26 juillet 1933 : Idées hypochondriaques mal systématisées, indifférence, bizarrerie. Tics, inactivité pragmatique depuis 2 ans. Démence précoce probable. (Docteur Masquin).

Observation dans le service, le 27 juillet 1933 : Très légère dépression psychique. Préoccupations hypochondriaques vagues. « Il a la tête vide ». Inactivité. *Désintérêt* : rupture avec le monde extérieur, semble-t-il. Une certaine bradypschie, avec réponses lentes, souvent insignifiantes ou évasives. Parfois des efforts de mémoire et d'attention. Il se plaint d'avoir un peu de confusion dans les idées. Bien orienté dans le temps et dans l'espace. Souvenirs en général conservés. On ne trouve pas d'idée délirante. *Tics de la face, grimaces*, contractions des mâchoires, plissements du front, mouvement des épaules, gestes sans but bien précis.

Examen physique : Type gracile, de tronc et de membres longs. Ossature plutôt grêle. Hyposphyxie (mains froides et bleues). T. A. 12 1/2-7 (au Vaquez). Radiographie : poumons normaux, cœur en goutte. Auscultation : rien.

14 novembre Indifférence. Inactivité. Pas de projets d'avenir. Désintérêt de tout. Réclame sa sortie sans donner de raisons. Ne cause pas avec les autres malades. *Grimaces stéréotypées*.

Certificat du 8 août 1933 : Idées hypocondriaques mal systématisées. Inertie psycho-motrice. Indifférence. Démence précoce probable.

18 novembre : Bonne présentation. Docilité et politesse des réponses. Déclare qu'il est bien, qu'il n'est plus malade. Qu'il ne comprend pas pourquoi il est ici. Interrogé sur les faits portés au certificat d'entrée, il s'en étonne et les nie. Mimique très particulière : sans cesse, pendant les conversations il plisse le front ; sa face est animée de tressaillements musculaires. A plusieurs reprises et sans aucun motif il éclate de rire. Quelques arrêts de la pensée. Après un examen complet le malade s'est mis à faire des contorsions des bras, des épaules et du cou, avec des grimaces du visage ; le tout impossible à décrire, mais assez analogue aux mouvements qu'il ferait pour lutter contre une douleur ou un engourdissement des muscles. Invité à dire pourquoi il fait cela, il semble ne pas pouvoir répondre, être en proie à quelque chose qui inhibe sa volonté. Il ne répond qu'après une huitaine de minutes, quand les mouvements anormaux ont cessé ; il nous dit alors que c'est plus fort que lui, qu'il ne sait pas pourquoi il fait cela.

13 décembre : Les signes sont plus nets encore. Le masque est animé de tics très fréquents. Fréquents éclats de rire. A deux reprises, au cours de l'examen, le malade présente une contraction tonique des muscles du cou et du visage. La nuque, les oreilles et son visage deviennent rouges, les yeux se ferment convulsivement. Cela dure une demi-minute.

19 janvier 1934 : Très poli, réponses assez bien adaptées. Est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Quelques grimaces légères au cours de la conversation, s'accroissant

de plus en plus. Rires fréquents, non par accès explosifs, mais à la suite de questions posées et des réponses, non absolument hors de propos. Réponses rapides sur le calcul mental. Il hésite, se reprend, s'arrête dans ses réponses.

Traitement sulfo-chrysothérapique, du 24 janvier au 6 mars 1934 : 8 injections de sulfosine. 8 injections d'allochrysine (2×0 gr. $05 + 6 \times 0$ gr. $10 = 0$ gr. 70 au total). Pendant ce traitement la température a vascillé entre $37^{\circ}6$ et $39^{\circ}8$. A maigri, son visage s'est creusé. Au début, supportait remarquablement bien les piqûres. A partir de 3 cm. au contraire souffrait particulièrement. A l'approche du médecin, commençait à entrer dans un état émotif avec vive rougeur de la face, pleure quelquefois. Après la piqûre ou dans les jours suivants, entraînait enfin dans de violentes colères à la vue du médecin. Après la cessation des piqûres est redevenu docile, aimable, extrêmement poli.

1^{er} mai : Présentation un peu meilleure. Moins de tics et grimaces ; ne présente plus d'éclats de rire inopinés, mais l'état psychologique reste à peu près inchangé ; inertie psychique, embarras et hésitation devant tout problème demandant une décision ou un projet.

1^{er} juillet Sourire, barrage, maniérisme. Se subexcite. Air un peu agressif. Rires discordants. Modifications vasomotrices marquées. Insulte sa grand'mère. Discordance, rire à l'annonce de la mort de sa tante (qu'il aimait beaucoup, d'après sa grand'mère).

Certificat de transfert à Ville-Evrard (15 novembre 1935) : Psychose schizophrénique évoluant depuis trois ans au moins. Antécédents bacillaires. Traité par la sulfo-chrysothérapie. Incurie. Inactivité, indifférence affective. Maniérisme. Tics de la face. Rires immotivés. Evolution prolongée à prévoir. (Docteur Sivadon).

Examen radiologique : 31 juillet 1933 : Sommet et champ pulmonaire gauches nettement moins transparents que du côté droit. Opacités hilaires avec calcification. — 15 septembre 1933 : Sommet et champ pulmonaire gauches très légèrement diminué de transparence par rapport au côté droit. Arborescences au niveau du hile. Sinus clair.

Obs. II. — *Ber...*, 24 ans, mécanicien.

RÉSUMÉ. — *Démence précoce catatonique ayant débuté brusquement au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. Signes radiologiques de condensation et d'infiltration sur toute la hauteur du poumon droit. Collapsothérapie. Chrysothérapie. Très légère amélioration.*

Antécédents familiaux : Rien d'anormal au point de vue psychique, ni tuberculeux.

Antécédents personnels : Né à terme le 22 février 1909. Pesait 9 livres. A été à l'école jusqu'à 13 ans. A travaillé comme mécanicien. Caractère plutôt taciturne, aimait peu sortir avec les camarades ; restait souvent avec les parents. Avait une amie qu'il voulait épouser. Vers 1927 : bronchite. Pendant l'année 1929 avait maigri de 6 kilos en 6 mois. Voyait beaucoup un camarade qui est mort de *tuberculose*. Depuis 1927 n'a travaillé que très irrégulièrement, était fatigué, maigrissait.

Août 1930 Pleurite de la base droite. Depuis cette époque un peu de température le soir.

Début des troubles mentaux, 10 janvier 1931 : Début assez brusque. Avait peur de rester tout seul. Depuis 2 ou 3 jours restait au lit, toussait, avait mal au dos. Toute la nuit a marché dans sa chambre, ne pouvait dormir ; craintes d'avoir un gros cœur, ses poumons étaient perdus, les intestins rétrécis. Cela a duré 3 jours. Puis un midi, s'est enfoncé une fourchette dans la bouche, a frappé les murs avec les poings, se frappait. Agitation, puis demi-mutisme.

14 janvier 1931 : A été amené à « H. Rousselle ». A cette époque : était dépressif avec idées de suicide. Parfois peu cohérent. Sentiment d'influence. Troubles psycho-sensoriels épisodiques probables. Insomnie. Evolution des troubles depuis quelques jours seulement, précédés d'une phase schi-

zoïde prolongée. A cassé un carreau. A voulu se faire mal avec les débris.

A Ville-Evrard : 7 mois. — Pas de renseignements précis sur cette période. En août 1931 revient chez lui, reste 7 mois sans travailler, avait beaucoup augmenté de poids. Sa famille le trouvait absolument comme avant au point de vue mental.

En mai 1932 : A travaillé 3 mois. Il a cessé parce qu'il avait de la température : 38°5-39° tous les soirs. Toussait beaucoup. A maigri beaucoup.

En août 1932 : Est entré à Beaujon. A ce moment B. K. dans les crachats. Cavernes probables à droite.

Le 7 août 1932 : Pneumothorax à droite.

Le 1^{er} février 1933 : A été envoyé dans un sanatorium, son état pulmonaire s'est aggravé : température très élevée. Lésions bilatérales. Etat général très mauvais.

Mai 1933 : Pneumothorax bilatéral. Le malade semblait être très bien au point de vue mental. A écrit depuis deux lettres à ses parents qui sont tout à fait normales.

Entrée dans la Clinique le 21 décembre 1933 : « Est atteint de troubles psychiques caractérisés par une crise d'agitation nocturne avec incohérence des actes et des propos : le malade déambule dans les salles, les yeux hagards, ne répond pas aux observations des surveillants. L'interrogatoire révèle un état de demi-mutisme avec sourire, attitudes stéréotypées, phénomènes d'automatisme mental. L'ensemble de ces troubles laisse supposer que ce malade est atteint d'un état schizophrénique actuellement évolutif. » (Docteur Bourgeois, Sanatorium de Brévannes).

Certificat du 3 janvier 1934 : Est atteint de démence précoce catatonique, dont les premiers symptômes sont apparus au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. (Docteur L. Corman).

Observation dans le service : 3 janvier 1934 : Bien orienté dans le temps et dans l'espace. Aspect un peu égaré. Visage fermé, mimique sourcillière à prédominance unilatérale droite. Serre les mâchoires. Attitude raide. Remue la tête. Tressaillements musculaires fréquents ; contractions in-

termittentes des masseters, clignements des paupières, mimique frontale active, non adaptée. Souvent fixe son regard sur l'entourage. Sourire ironique. Réponses rapides, immédiates, plus ou moins monosyllabiques. Le plus souvent mutisme, semble ne pas entendre les questions. Gestes rapides, se lève, marche dans le bureau, regarde par la fenêtre.

4 janvier 1934 : Ne parle pas spontanément. Ne répond pas à toutes les questions. Il le fait poliment, mais les réponses sont presque toujours à côté. Il élude les questions. Ne manifeste aucun désir, ne s'intéresse à rien. Se déclare heureux d'être ici. Mimique très particulière. Le visage est souvent fixé et sans aucune expression concordante avec les paroles. Lorsqu'il s'anime, c'est en quelque sorte convulsivement. Ou bien les muscles se contractent isolément, comme par un spasme. Ou bien le malade sourit sans raison, en détournant la tête. Etat général satisfaisant.

23 janvier 1934 : Front plissé, plis intersourcilliers très accentués, un sourcil levé plus que l'autre. Tête penchée et regard baissé. Air préoccupé et déprimé. Réponses sourdes, hésitantes, avec des arrêts ; hésitations, parfois barrages ; il parle spontanément.

Traitement : Commencé le 31 janvier 1934. Terminé le 31 juillet 1934. Une première série de 12 injections d'allochrysine (2×0 gr. 05 + 10×0 gr. 10). Un mois de repos. Une seconde série de 9 injections d'oléochrysine (8×0 gr. 10 + 1×0 gr. 20).

21 juin 1934 : Au cours du traitement par oléochrysine calcique, s'oppose aux injections. Répond qu'il se sent bien. « Une journée je me sens guéri, une journée ça ne va pas ». Il se montre indifférent quand on lui parle de ses parents. Rires fréquents, silencieux et tombant assez vite hors de propos, ou à peu près adaptés. A d'autres moments, grimaces paraissant marquer une évocation pénible. Contractions musculaires et plissements plus ou moins spontanés et d'aspect automatique. Température subfébrile : 37° - $37^{\circ}5$.

Examens radiologiques : 22 décembre 1933 : Moignon pulmonaire contre la colonne. Air dans tout le reste. Poumon droit peu collabé, bulles d'air à la partie moyenne et près du

diaphragme. Lésions discrètes. — 10 janvier 1934 : Image d'un pneumothorax bilatéral. — 30 avril 1934 : Pneumothorax du côté gauche. — 20 juillet 1934 : Tuberculose lobaire supérieure droite à prédominance sus-scissurale. Signes de condensation et d'infiltration sur presque toute la hauteur de l'hémithorax droit.

29 octobre 1934 : *Certificat de transfert à Chezal-Benoît.* Hébéphréno-catatonie.

Obs. III. — *Meu.*, 25 ans.

RÉSUMÉ. — *Pleurésie séro-fibrineuse suivie d'un état de fatigue physique et nerveuse, avec bacillose pulmonaire, crachats hémoptoïques dans la suite. Guérison apparente de la tuberculose pulmonaire. Démence précoce survenue progressivement quelque temps après.*

Antécédents héréditaires : Grand-père hémiplegié et mort dément sénile à 71 ans. Un oncle hémiplegié, un autre oncle a été soigné pour rhumatisme bacillaire (d'après les renseignements d'un médecin). Père bien portant. La mère était atteinte de pleurite du sommet droit quand l'enfant avait 18 mois. Un frère, 22 ans, bien portant.

Antécédents personnels : Né en 1906, à terme. Hémorragie placentaire au moment de l'accouchement. Bronchites fréquentes dans l'enfance. Toussait tous les hivers depuis l'âge de 8 mois (à la suite d'une coqueluche). Pneumonie à 9 ans. Ablation des végétations à 13 ans. Caractère dans l'enfance : toujours un peu renfermé, aimant la solitude, ne jouant pas, timide, peu en train. A été à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans. Travaillait bien. A passé son certificat. A l'âge de 16 ans, arrivé à Paris, change de caractère. Il est fatigué, sombre, ne prend plus de distractions. Vie très fatigante, debout toute la journée, enfermé (alors qu'avant il était toujours au grand air).

En juillet 1922, pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement du côté gauche. Fièvre à 39°, liquide abondant à la ponction (3/4 de litre). Guérison en 6 semaines. Il reste seulement un peu essoufflé. Fait ensuite un séjour à la Bourboule en septembre. Revient en bon état général. Avait engraisé. Reprend son travail (servant au café) et « était mieux qu'il n'avait jamais été ». Quelques mois après, crise aiguë d'appendicite. Opéré à froid 6 semaines après.

En mars 1923, quelques crachats hémoptoïques (pas de B. K.). Un peu fatigué et légère température vespérale : 37°5-37°7. Commence à se plaindre de fatigue et d'irritabilité nerveuse, en outre maux de tête très fréquents par crises violentes, sans vomissements, à débuts très brusques. Quelques troubles digestifs. En 1927, service militaire. A été examiné à la radio. On n'a presque rien trouvé. A son retour du régiment, a commencé à être chauffeur de taxi. Ce métier le fatiguait beaucoup. Est devenu très irritable, presque violent. Se plaignait d'absence d'idées.

Au point de vue pulmonaire, il ne toussait plus jamais et « jamais n'a été aussi bien du côté de ses bronches ».

Apparition des troubles mentaux : Le malade a travaillé normalement la nuit du 28 au 29 mars 1931. Il paraissait très bien. Le lendemain matin en rentrant, il disait que la nuit précédente il s'était senti sous l'influence de Mme Bou..., locataire de la maison, « qu'elle le faisait travailler ». La journée suivante, il dit « qu'il va aller se confesser parce que demain il sera trop tard ». En sortant du confessionnal il continue de marcher et on le trouve un peu plus loin « comme en extase, regardant le ciel et disant toujours : « C'est ma faute ». Il crie dans la rue, les agents l'arrêtent et le conduisent à l'Infirmierie spéciale. De là il est adressé à la maison Falleret à Vanves. Au début de son séjour là-bas, il est très anxieux, avait peur du diable, entendait des voix, voyait des mirages sur le mur. Peu à peu semblait mieux. La sortie était décidée pour le 28 mai, mais brusquement réapparition des idées mystiques. Il disait « que Dieu lui causait, qu'il était le fils de Dieu, etc. ». Nouvelle rémission. Nouvelle rechute en juillet, puis alternatives ana-

logues. En août 1931, rechute avec mutisme complet, mais à la fin d'août il revient à lui et reste assez bien jusqu'à la fin d'octobre 1931. Le 29 octobre 1931, entre à Charenton.

Le 1^{er} novembre 1931 : L'agitation reprend, paroles incohérentes, gesticulation et, d'après les certificats médicaux, il s'agit nettement « d'un syndrome hétéphrénique, avec délire polymorphe à thème mystique, hallucinations auditives et cénesthésiques, discordance affective, inertie habituelle entrecoupée de périodes d'excitation catatonique, négativisme alimentaire intermittent ». (Docteur Abely).

Entré à l'Asile le 12 octobre 1932 « Est atteint de syndrome hétéphrénique ; début progressif à la suite d'une pleurésie séro-fibrineuse en 1922. Au cours de la convalescence et au fur et à mesure de l'amélioration de l'état général, apparaît peu à peu une asthénie extrême, de l'irritabilité, changement de caractère, céphalée. Période prodromique asthénique de 8 à 9 ans suivie d'excitation psychique. Depuis plusieurs mois l'état d'agitation s'est atténué et a fait place à un état de discordance avec indifférence affective, stéréotypies, aspect absent ». (Docteur Baruk).

Certificat immédiat (13 octobre 1932) : Hétéphrénie probable évoluant depuis deux ans, inertie psychique et motrice, indifférence, discordance. Hallucinations auditives, idées d'influence. Bizarrie du comportement. Pleurésie ancienne. (Docteur Migault).

Certificat de quinzaine (26 octobre 1932) : Hétéphréno-catatonie ; inertie ; indifférence. Idées d'influence. Bizarries. Maniérisme. (Docteur Migault).

Certificat de situation (février 1933) : Mêmes symptômes. Chronicité probable. (Docteur Migault).

Observation dans le Service : A l'entrée (13 octobre 1932) : Air absent ; le corps penché en avant, le regard fixe et vague. Barbe en collier, cheveux hirsutes. Passivité. Hostilité et réticence légère. Lenteur de l'idéation. Hallucinations auditives. Affectation. Ton légèrement maniéré. Purisme. Idées d'influence : il a l'impression que l'on lui prend sa pensée. Sentiment d'étrangeté : « Je voudrais redevenir moi-même ». Souci de précision. Affectation de purisme. In-

cohérence légère. Réponses à côté. Ambivalence. Bizarrerie de comportement. Fond mental n'a pas eu son certificat. Fautes de calcul.

11 janvier 1933 : Reste immobile toute la journée. Couché le plus souvent. Indifférent. Atonie. Mutisme. Ne paraît pas avoir d'hallucinations. Jeu de physionomie assez adapté. Poignée de main cordiale et sourire adapté en même temps.

9 novembre 1933 : Ne répond rien aux questions sur sa condition d'avenir. Conservation des attitudes (environ 30 secondes), main gauche en l'air, il la regarde. Impossible d'avoir aucune réponse adaptée. Aspect indifférent. Inactivité totale. Pas d'impulsion.

23 novembre : Torpeur. Apparence de dépression et d'hébétéude. Semi-mutisme. Ne répond pas aux questions. Fronce les sourcils. Quelques mouvements mimiques non soutenus. Mouvements mimiques ambivalents. Sourire qui se fixe. Exécute mieux les ordres précis que ceux qui laissent place à un choix. Exécute immédiatement l'ordre de mettre l'index sur l'oreille, et reste dans cette position. Exécute avec passivité des ordres saugrenus : à genoux par terre.

23 décembre : Peu de changement. Réponses toujours évasives, inachevées, souvent réduites à une ébauche mimique inachevée, ou au contraire plus ou moins en opposition avec la mimique. Semble exécuter plus nettement, d'une façon plus décidée, les ordres simples. Exécution d'ordres saugrenus. Air absent, rêveur, un peu triste.

15 juillet 1934 : Présentation de catatonie, raideur, parle à voix basse. Impulsions par moments. Attitudes bizarres : embrasse la terre, déclame, position du tireur.

15 septembre 1934 : Depuis quelques jours, reste au lit. Ne répond pas aux questions.

11 février 1935 : Un peu irritable. Passe sa journée à faire des cigarettes et à fumer. Parole incompréhensible. Même barrage. Même ambivalence. Même manque d'initiative. Conservation des attitudes.

Examen radiologique : 22 septembre 1933 : Ombres hilaires avec quelques traînées s'épanouissant dans tous les

sens. Nombreux petits nodules calcifiés, disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Obs. IV. — *Gra...*, 37 ans, employé de banque.

RÉSUMÉ. — *Schizophrénie. Manifestations autistiques cohérentes avec un système délirant. Refus d'aliments. Troubles mentaux de date ancienne et en rapport avec un état constitutionnel schizo-maniaque très accusé. Antécédents héréditaires bacillaires. Signes radiologiques suspects de tuberculose.*

Antécédents héréditaires : Arrière-grand'mère maternelle morte de pneumonie à 72 ans. Grand-père maternel mort d'une fistule à l'anus (*tuberculeuse* ?). Grand-père paternel mort de *tuberculose* à 40 ans. Père mort à 71 ans de broncho-pneumonie. Tante maternelle morte à 16 ans de méningite. Frère âgé de 36 ans aurait été gazé pendant la guerre. Bronchite chronique par la suite. Un autre est mort de *tuberculose pulmonaire* à l'âge de 30 ans.

Antécédents personnels : Dès son enfance était très taciturne, parlait peu, s'amusait seul. N'était pas affectueux. Ne voulait pas que sa mère l'embrasse. En 1920 écrivait qu'il avait eu des apparitions de la Sainte Vierge. Ne travaille pas depuis avril 1932. Avant il travaillait déjà très irrégulièrement. A cette période est resté huit jours sans manger. Continuait à sortir. A dit qu'il avait eu la révélation qu'il ne devait ni boire ni manger. Restait souvent des journées entières assis chez lui sans bouger, sans rien dire, sans rien faire. Dissension avec sa mère au sujet de son travail. Apragmatisme sexuel. Violences la veille de son internement : en faisant des signes de croix a brisé la vaisselle. A menacé une voisine si elle ne sortait pas de chez lui.

Ne sortait jamais, lisait beaucoup, dépensait beaucoup en livres. S'est fait apporter une centaine de bouteilles de rhum et de liqueurs, ne les a pas bues, disait que c'était pour le

protéger des maladies. Allait trouver des prêtres. Faisait des scènes disant qu'on ignorait le mysticisme. Dans sa chambre, mettait toujours la glace à l'envers, comme pour ne pas se voir.

Entré à l'Asile le 12 mai 1933 : « Est atteint de démence précoce à marche lente. Mutisme. Inertie. Troubles profonds du caractère. Négativisme. Voix impérative et inhibitrice. Refus de nourriture prolongé, probablement avec idées mystiques et sur ordre hallucinatoire. Impulsions spontanées. Impulsions coléreuses prolongées avec agressivité, violences, bris d'objets en séries. Menaçait de jeter par la fenêtre sa mère et sa sœur. Attitude caractéristique, réponses typiques (schématisation, véhémence, opposition). Tremblement. Exophtalmie légère. Pouls 142. » (Docteur de Clérambault).

Certificat immédiat, le 13 mai 1933 : Refuse de répondre aux questions. Visage immobile et fermé. Par moments se dresse sur son lit et invoque le Seigneur. Impulsions violentes.

Transféré à Ville-Evrard le 18 mai.

2 juin : « Est atteint de démence précoce catatonique. Dépression. Suggestibilité contrairement aux symptômes constatés à l'entrée. Récrimination. » (Docteur Rodiet).

1^{er} décembre : « Est atteint de démence précoce avec alternatives de dépression et d'excitation. » (Docteur Rodiet).

Le 4 décembre 1933 : Deuxième entrée à la Clinique. « Schizophrénie ; manifestations autistiques cohérentes avec un système délirant. Refus d'aliments motivé par ses préoccupations. Troubles mentaux de date ancienne et en rapport avec un état constitutionnel schizo-maniaque très accusé. » (Prof. Henri Claude).

Le 18 décembre : « Est atteint de démence précoce schizophrénique. Calme dans le service. » (Prof. Henri Claude).

Du 23 janvier au 20 mars 1934 : Traitement sulfo-chrysothérapique (sulfosine : 6 injections. Allochrysine : 3 fois 0 gr. 05 + 3 fois 0 gr. 10. Total : 0 gr. 45).

26 avril (après traitement) : Réponses pertinentes, plus directes et plus expressives, plus complètes aussi, et moins évasives. En résumé, présentation bien meilleure. Expres-

sions et formulations plus souples, moins stéréotypées et moins tendues. Moindre perturbation minime. Paraît libéré de l'emprise délirante autistique, mais isolement intellectuel et insuffisante adaptation au réel, dans ses nécessités intellectuelles (expliquer, entrer en contact sincère) et pratiques (envisager la vie sur un plan moins exclusif).

29 juin : Même état. Converse assez librement. Argumente assez bien.

29 septembre : Attitude un peu raide, mais bienveillante, sourit, réponses sèches, négatives ou évasives ; élocution rapide. En somme, état peu modifié.

19 janvier 1935 : Très bien orienté et lucide. A demandé à parler au docteur. Refuse de manger depuis deux jours. « S'il mange les fonctions vont s'arrêter, il va disparaître s'il mange ». Cette idée délirante semble naître d'une protestation contre sa vie actuelle, du désir de sortir. Au point de vue mental, il se sent normal. En réalité manque d'initiative. Reste immobile sur sa chaise pendant une demi-heure. Mimique inexpressive. Mouvements parasites des paupières. Cependant s'intéresse à ce qui se passe autour de lui et note exactement les choses. Son expression a changé. Auparavant elle était plus fixe. Reconnaît le caractère pathologique des idées mystiques qu'il a eues lorsqu'il est entré ici : « C'était de la folie ».

Radioscopie et radiographie : 10 janvier 1934 : Diminution de la transparence du sommet droit. Diminution de l'éclairement du sinus costo-diaphragmatique droit à l'inspiration profonde. Ombres hilaires plus accentuées à droite.

Obs. V. — *Bie...*, 25 ans, instituteur.

RÉSUMÉ. — *Histoire de bronchite avec rhume prolongé, mouvements fébriles. B. K. dans les crachats. Signes radiologiques d'imprégnation bacillaire discrète, suivie d'un état dépressif et anxieux. Quelques jours après démence précoce (stéréotypie, mutisme,*

attitude catatonique, etc.). Traitement sulfo-chrysothérapique paraissant donner des résultats intéressants.

Antécédents héréditaires : Pas de renseignements.

Antécédents personnels : Rien à signaler dans la première enfance. Était instituteur. Semblait très gai, bien adapté, travail sérieux, régulier. Faisait des cours supplémentaires. Avait eu une amie, un camarade, était très sociable.

Apparition des troubles mentaux : Bronchite en octobre 1932. Rhume prolongé inquiétant le médecin, qui l'a traité pour tuberculose pulmonaire avec de la chrisalbine pendant 3 semaines (10 piqûres). Température au début 38°. Puis aux environs de 37°5. Quelques jours après apparition d'un état dépressif (hypochondrie, auto-accusation) et anxieux. Impulsions. Attitudes paradoxales.

Examen bactériologique : Révèle de rares bacilles de Koch dans le crachat (11 novembre 1932).

Examen radiologique (17 décembre 1932) : Montre quelques traînées de densification le long des ramifications broncho-vasculaires supérieures gauches. En octobre a essayé de refaire ses cours. Transformait les choses en les dénommant autrement : le couteau serait un crayon et l'inverse.

Interné à l'asile d'Esquermes (Nord), du 3 avril 1933 au 26 juillet 1933. A ce moment conscience de son état, se rendant compte qu'on allait l'interner. Craignait la folie. Alternatives de mustime et de périodes de turbulence. « Il grimace, pousse des cris, siffle, fait le boiteux ». Excitation, éclats de rire. Périodes de somnolence et de gâtisme.

Renseignements de la famille sur l'état du malade *depuis son retour d'Esquermes*. Par moments mutisme qui alterne avec des périodes pendant lesquelles le malade parle beaucoup. Conversation peu suivie, riait sans motif, avait quelquefois envie de pleurer. Ne veut pas marcher seul. Ne

mange pas seul, ne demande jamais de lui-même à manger. Se plaint souvent d'avoir peur, ne dit pas pourquoi.

Entré dans le service : le 25 janvier 1934. La figure est figée, immobile. Grimaces de la bouche et de l'œil, surtout à droite, se déclenchant brusquement, à caractère automatique. Le facies est plutôt coloré. Le regard est inexpressif, fixe, ne regardant jamais l'entourage ni la personne qui l'interroge. Mouvements de déglutition fréquents, avec claquement de la langue, donnant l'impression que le malade a des difficultés pour avaler. Cependant il mange facilement à condition qu'on le fasse manger. Maniérisme : surtout marqué pour la mimique. Stéréotypies : d'attitude et de mouvements (répétition sous la même forme des mouvements parasites). Négativisme : le malade n'exécute pas les ordres. Cependant il semble faire quelques efforts dans le sens du mouvement commandé mais sans parvenir à les réaliser.

Examen des contractures : Généralisées : aux membres supérieurs et inférieurs, et aux muscles du corps. La mobilisation des articulations donne l'impression de *flexibilité cirreuse* des membres, avec sensation de *roue dentée* du biceps brachial, marquée à l'extension de l'avant-bras sur le bras. *Réflexes de posture :* du membre inférieur peu marqués. Pas de contracture durable du muscle tibial antérieur. *Conservation des attitudes :* surtout marquée pour les attitudes prises spontanément. *Raideur de la nuque :* variable, pas de signe de Kernig.

Examen de la motilité : Le malade ne se lève jamais spontanément. Mais debout, il peut se maintenir seul, ne tremble pas, il se contorsionne, fléchit les jambes, avance de quelques pas en sautillant bizarrement.

Réflexes : Rotuliens : polycinétiques ; cutané-abdominaux plutôt vifs ; « Babinsky » négatif.

Troubles vaso-moteurs et sudoraux : Mains humides, sueurs de la paume, main lisse, douce, doigts effilés. Facies gras, avec de fréquents phénomènes congestifs.

Sphincters : Pas d'incontinence d'urine, mais gâtisme d'apparence en partie volontaire.

5 février 1934 : Depuis son entrée dans le service B est

resté dans une inertie mentale et physique complète. Il reste couché. Il ne se lève pas spontanément. Il ne demande rien. Il paraît insensible à la faim. Constipation chronique. Urine au lit, par miction spontanée. Il ne présente ni impulsion, ni agitation.

Certificat de quinzaine (7 février) : Démence précoce, stéréotypie. Mutisme. Attitude catatonique.

Traitement : Le 7 février on commence la sulfo-chrysothérapie : 12 injections de sulfosine, -12 1/2 cm. de myoral (5×1 cm.+1×1 1/2 cm.+6×1 cm.). Il est terminé le 7 mai. Reprise du traitement le 11 juin : 12 injections de sulfosine, 1 gr. 10 d'oléochryisine (9×0 gr. 10+1×0 gr. 20). Il est terminé le 21 août 1934. Ce traitement a donné des résultats intéressants, que nous ne donnons pas ici en détail faute de place.

8 juin : A voulu manger seul, a mangé proprement. A posé son assiette dans le couloir. A parlé avec l'infirmier. Dans l'après-midi est resté debout dans une attitude normale. A vu sa mère. A parlé avec elle d'une façon assez concrète. Le soir il a mangé proprement. A passé une bonne nuit ; s'est levé pour uriner dans le vase de nuit. Au réveil a été vider ce vase, s'est levé, a parlé d'aller au jardin. Mais à 11 heures a pris une nouvelle attitude : s'est couché, a dormi, et maintenant se tient mal sur ses jambes, paraît ahuri, se déclare ébloui, a de nouveau des contractures dans les muscles de la face. Il paraît tout d'une pièce. Il présente une roue dentée très nette surtout à gauche. Interrogé il ne peut pas dire le nom du surveillant qu'il connaît.

11 juillet : Parlait beaucoup, chantait ; sans qu'on puisse entrer en conversation valable avec lui, on réussissait cependant à communiquer partiellement. Donne l'impression de faire effort pour comprendre, pour ordonner sa pensée, pour répondre. N'est pas sans présenter quelque aspect parent de celui des aphasiques qui n'arrivent pas à formuler leur réponse.

31 août : Encore quelques plissements frontaux et inter-sourcilliers, mais bien moindres que les décharges motrices observées au début.

10 septembre : Même état. Capable à l'occasion de répondre d'une façon adéquate par un mot bref, presque explosif.

Obs. VI. — *Mlle Pai...*, 19 ans.

RÉSUMÉ. — *Entrée pour un état confusionnel, désorientation, délire diffus, hallucinations, survenus au cours de l'évolution d'abcès chauds. A présenté pendant plusieurs mois un syndrome catatonique typique. Traitée par la sulfo-chrysothérapie, est actuellement guérie et peut être rendue à sa famille. Antécédents bacillaires. Lésions tuberculeuses du poumon gauche et fistule anale.*

Antécédents familiaux : Père ancien colonial, alcoolique. Mère bien portante, tyrannique, excitée. Deux frères : le plus jeune, né à 7 mois, broncho-pneumonie, diphtérie, bronchites à répétition, congestion pulmonaire à 11 ans et encore récemment. Deux sœurs : l'une a fait à 18 mois une congestion pulmonaire avec atteinte méningée (?). Bronchites à répétition tous les hivers. Est restée faible. Traitée dans le Midi.

Antécédents personnels : Pleurésie à 18 mois. A 12 ans cypho-scoliose traitée à Berck. Deux abcès froids à Berck. Revenue de Berck en bon état le 31 mars 1934. En août dernier : dans une maison de convalescence dans la Meuse. Des abcès près des grandes lèvres (?). Le 15 février 1935 se portait bien. S'occupait de la cuisine. S'est surmenée pendant 15 jours à soigner sa mère grippée. A ce moment début spontané d'abcès à la fesse droite. Amenée à Cochin le 20 février. Propidon. Grosse réaction thermique. Fatigue intense. Entrée à Bicêtre il y a 3 semaines. Ouverture de l'abcès sous anesthésie à l'éther. Reste 10 jours à Bicêtre dans le même état. Sort de cet état confusionnel mercredi dernier le 22 mars 1935. Reste bien pendant 2 jours. Re-

prise de l'état confusionnel vendredi. Rentre chez elle samedi, s'alimente mal, disait des bêtises : se croyait morte, se disait ange. On l'amène à Henri-Rousselle. Toussait depuis longtemps. Ne crachait pas.

Certificat de placement : 28 mars 1935. Est atteinte de confusion mentale survenue au cours de l'évolution des abcès chauds, traités chirurgicalement et par propidon. Désorientation dans le temps. Fausses reconnaissances : nous prend pour son frère aîné. Parle au passé de son âge, de ses sœurs, comme si un changement considérable s'était produit récemment. Propos mystiques contrastant avec une indifférence religieuse habituelle : « Je crois en Dieu, j'ai compris, etc. ». Poses extatiques. Hallucinations visuelles : voit des anges, des fleurs, des bêtes. Hallucinations auditives : entend appeler les siens. Moments d'agitation. Veut se lever, sortir. Réactions dangereuses à craindre pour elle-même. Refus partiel d'aliments. Antécédents bacillaires. Mauvais état général. (Docteur André).

29 mars 1935 : *Examen dans le service* : désorientation dans le temps et dans l'espace : « Je suis en Allemagne ; il y a des flots électriques partout... Ça me brûle dans la tête (elle indique son front). J'entends des voix qui disent : papa, maman... Mais est-ce que j'ai une mère ? Je ne sais plus ce qu'il faut croire, croire en Dieu, je n'y crois pas, j'y crois, faut-il croire ? » Réponses de plus en plus lentes, difficiles. Expression atone du visage. Par moments sourire inexpressif. « J'aime tout le monde ». « C'est drôle, ça fait comme des carreaux devant moi » (elle fixe les carreaux de la porte).

Certificat immédiat : 29 mars. Etat confusionnel, désorientation, délire diffus, hallucinations. Fatigue générale, lésions bacillaires du poumon gauche. Abcès de la marge de l'anus fistulisée. Gâtisme. (Prof. Claude).

Certificat de quinzaine : 11 avril. Etat confusionnel. Torpeur. Réponses lentes, pénibles, à voix basse. Légère amélioration depuis l'entrée. S'alimente mal, parle un peu mieux. Ne gâte presque plus. Faiblesse générale. Pâleur très marquée. Fistule anale incisée.

17 avril : Plus présente, mais inquiète. Dit qu'elle a peur. Paraît absorbée. Meilleur état général.

8 mai : Opposante. Mutisme complet. Ne se laisse pas examiner. Ne s'alimente pas spontanément depuis 8 jours. Température normale.

23 mai : Attitude de plus en plus figée. Gémit quand on essaye de la mobiliser. Mutisme complet. Obéit lentement et difficilement à quelques ordres.

1^{er} juillet : Même attitude opposante. Conserve sa salive, d'où une sorte de moue mâchonnante. Réactions de rétraction assez vives aux excitations, telles qu'approche de la main, manipulation, etc. Par des incitations répétées, on arrive à lui faire faire quelques mouvements exécutés par étapes successivement obtenues. Levée, semble devoir tomber. Peut marcher cependant. Petits gémissements glottiques, inarticulés, tout au long de l'examen.

12 juillet : Première tentative d'établir un contact affectif. Conserve la même attitude, la respiration rapide et bruyante. Se dérobe aux attouchements physiques.

29 juillet : Traitement sulfo-crysothérapique commencé.

24 septembre : Très grande amélioration. Mange bien, s'occupe, répond gentiment, quoique d'un ton un peu détaché, sans variation de timbre ni de débit, sans couleur affective ni élan personnel. Interrogée sur la période catatonique, déclare qu'elle entendait tout, comprenait tout, souffrait de ne pouvoir intervenir, mais ne pouvait pas parler. Elle était comme paralysée. De même, ne pouvait pas manger, ça ne passait pas (à sa mère aurait dit à ce propos que la nourriture lui déplaisait (à la période catatonique) et que, ne pouvant le dire, elle résistait silencieusement).

8 octobre 1935 : Amélioration continue. Dit qu'elle se sent mieux qu'avant sa maladie. Elle ne s'est jamais sentie aussi bien. De fait, elle se porte tout à fait bien à tous les points de vue (conserve cependant une courbe de température légèrement hyperthermique, avec 37°6 à 37°8 le soir).

12 octobre : Certificat de sortie. Entrée pour un état confusionnel qui se serait déclenché à la suite d'accidents septiques, a présenté pendant plusieurs mois un syndrome cata-

tonique typique. Traitée par la sulfo-chrysothérapie, est actuellement guérie et peut être rendue à sa mère. Antécédents bacillaires. Persistance d'une légère hyperthermie vespérale à surveiller. (Docteur Caron).

30 octobre : Sortie depuis trois jours. Complètement normale. Se trouve mieux que depuis plusieurs années. Peut-être hyperactivité. Tendance à taquiner ses parents et son frère. Sommeil normal. Alimentation normale.

23 décembre : Venue en consultation. Très bien au point de vue mental. Gaie. Active. Vie normale. Mais amaigrissement de 2 kilos depuis 3 semaines. Appétit bon. Sommeil normal. Rudesse respiratoire du sommet droit.

Examen des poumons : A l'entrée (28 mars 1935), matité étendue de la base droite. Foyers de râles sous-crépitants. Quelques râles disséminés à la base gauche. Radiographie (1^{er} avril) : image normale des plages pulmonaires.

Traitement : 29 juillet au 12 octobre. Sulfosine : 10 injections. Myoral : 16 injections (3 de 1 cc.+4 de 2 cc.+9 de 3 cc.).

Obs. VII. — *Mlle Aur...*, 25 ans, sans profession.

RÉSUMÉ. — *Démence précoce ayant débuté brusquement par accès dépressif et agitation onirique. Traitement sulfo-chrysothérapique. Amélioration transitoire. Rechute. Puis amélioration qui semble se maintenir. Radiographie des poumons positive.*

Antécédents héréditaires : Père : 48 ans, bien portant ; 6 sœurs bien portantes. Mère : 48 ans ; 3 sœurs et un frère bien portants. Fille unique. Pas de tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels : N'a jamais été malade. Développement normal. Réglée à 14-15 ans. Etudes à l'école d'I... Depuis est restée avec sa famille dans un établissement d'alimentation. Caractère gai, mais ne voulait jamais sortir ni danser. N'avait jamais d'amitiés. Goût de la solitude, mais

syntonie suffisante dans le milieu familial. Ne s'ennuyait pas. Travaillait volontiers dans le ménage, la couture, etc.

Début brusque des troubles mentaux : En décembre 1932. L'année précédente était fiancée. Rupture brusque ayant déterminé un accès dépressif, amaigrissement, anorexie. Persistance des règles jusqu'à janvier 1933. Aménorrhée depuis. En décembre, des accès d'onirisme nocturne. Cris. Conduite à la Salpêtrière, chez le Docteur Crouzon. Depuis son hospitalisation : phase de calcul et d'agitation. Récemment, bris de carreaux, voulant rentrer chez elle.

Entrée dans le service : Le 27 septembre 1933.

Certificat de placement : Est atteinte de schizophrénie. Indifférence, mutisme presque absolu. Impulsivité par intervalles. Bris de carreaux récents. Aménorrhée depuis 9 mois. Début par accès d'anxiété en décembre 1932, plusieurs mois après un choc affectif. Adiposité. Séborrhée. Acrocyanose. Mains froides. Quelques raptus vaso-moteurs. (Docteur Tinel).

Examen dans le service. Présentation : Indifférence apparente. Fond dépressif. Fond mental : une ou deux réponses seulement, chuchotées. Mutisme pour le reste. Mais suit manifestement les questions qui lui sont posées.

28 septembre : Hébétude. Mutisme à toutes les questions. Parfois réponse par mouvements de tête affirmatifs ou négatifs. Réponses évitées sans difficulté.

Certificat immédiat (28 septembre) : Schizophrénie. Indifférence. Mutisme. Impulsivité. Aménorrhée. Acrocyanose. Troubles vaso-moteurs. (Docteur Masquin).

11 octobre Consent à parler. Réponses adéquates. Légère dépression. Attitude un peu ralentie dans les conversations.

Certificat de quinzaine (11 octobre 1933) : Dépression, lenteur de réponses, suffisamment adéquates, mais insuffisamment précises. Commence à s'alimenter. Méconnaissance de la visite des parents. Reconnaît être encore troublée dans les sentiments. Probablement reliquat confusionnel. (Prof. H. Claude).

24 octobre : Extérieur moins bien. Prostration dans le lit. Ne s'occupe pas. Traitement sulfo-chrysothérapique commencé (2 cc. de sulfosine).

6 novembre : La visite de sa mère ne paraît pas lui avoir été agréable. Réponses adaptées.

16 décembre : Améliorée. Réponses adaptées. Ton poli. Visage souriant. S'alimente normalement. Ne sait pas si elle préfère rester ici ou rejoindre sa famille. Insouciance d'un état pathologique antérieur. Manifeste une certaine impatience au bout de quelques minutes de conversation.

19 décembre : La malade reçoit ses visites très gentiment. Le père trouve une amélioration manifeste depuis 8 jours surtout. Elle demande avec intérêt des nouvelles des siens, des amis. Demande qu'on lui apporte de l'ouvrage.

22 décembre : Q. — « Pourquoi pleuriez-vous lorsque votre père est venu ? » — R. — « Je ne sais pas, j'étais énervée. Je n'avais pas de raison. » — Q. — « Voulez-vous sortir ? » — R. — « Je ne peux pas passer, la porte est toujours fermée. Je ne le demande pas, parce que l'on croit encore que je ne retrouverai pas le chemin de la maison. »

27 décembre : Un peu renfrognée. Répond avec un grand retard ou par monosyllabes. — Q. — « Que désirez-vous ? » — R. — « Je ne sais pas. Je cherche. » (Ton agressif, puis mutisme). — Q. — « Pensez-vous avoir été malade ? » — R. — « Je n'ai jamais été malade. » — Q. — « Alors, pourquoi êtes-vous ici ? » — R. — « Je cherche. »

13 janvier 1934 : Accueil hostile. Réponses monosyllabiques. Semi-mutisme. Inactivité complète. Aménorrhée depuis son entrée. Traitement repris.

27 janvier : Fait de grosses réactions locales. Mauvaise humeur. Ne se laisse pas examiner. Est plutôt triste.

27 février : Même état. Transférée à Maison-Blanche. *Certificat de transfert* : Démence précoce. Indifférence actuelle avec impulsivité. Sourire. Amélioration transitoire à la suite d'un traitement par association sulfo-crysothérapique. Rec chute actuelle. (Docteur Dublineau).

Sortie de Maison-Blanche le 21 mai : Est chez ses parents. Se comporte bien : soucis de toilette, ménage, travaux de couture, cuisine, lecture. Sourit. Embrasse sa mère tendrement. Parle bien. Est un peu enfantine. A eu ses règles le 29 mai. N'est pas fatiguée. A quelquefois des frayeurs la

nuît, appelle ses parents. On doit la consoler. En rentrant chez ses parents, de Maison-Blanche, a eu une crise d'excitation un peu avant ses règles. Le lendemain c'était fini. Son caractère a changé. Elle est plus gaie qu'autrefois.

16 mai 1936. *Venue à la consultation* : Etat mental satisfaisant. Activité normale. Amaigrissement depuis un an. Dort beaucoup. Appétit normal. Crises de larmes par moments.

8 juin 1936. *Venue en consultation* : Etat mental satisfaisant. Continue à maigrir (1 kg. depuis la dernière fois). Règles douloureuses et très peu abondantes.

Traitement : 25 octobre au 26 décembre 1933 : sulfosine 10 injections ; myoral : 13 injections (6×3 cc. + 3×2 cc. + 4×3 cc.). Du 4 janvier 1934 au 16 février 1934 : sulfosine : 10 injections ; myoral : 5 injections de 3 cc.

Examen radiologique : 4 octobre 1933. Sommets clairs à peine diminués de transparence à gauche, mais s'éclairant bien à la toux. Champ pulmonaire gauche grisâtre, présente quelques opacités surtout vers la région du hile.

Obs. VIII. — *Mme Dau...*, 24 ans, sans profession.

RÉSUMÉ. — *Démence précoce. Indifférence affective. Inactivité. Haine familiale. Attitude et mimique paradoxales. Barrages. Réponses à côté. Impulsivité. Dénudation. Opposition. Début des troubles à la suite d'un accouchement par bizarreries, colères et troubles du comportement. Aggravation progressive de la discordance. Frère soigné et mort de tuberculose dans le même appartement qu'habitait la malade. Radiographie des poumons un peu chargée. Sulfo-chrysothérapie suivie d'une amélioration transitoire. Rechute actuelle.*

Antécédents familiaux : Le père : fortement charpenté. Entérite chronique. Ne buvait jamais d'alcool. A fait 2 ou

3 accidents de congestion cérébrale. Mort en 1928, d'un cancer à l'estomac. La mère : encore très robuste actuellement. Malade du foie depuis de nombreuses années. Elle a eu 8 enfants, plus un mort-né (étouffé à l'accouchement). 4 vivants actuellement. Un fils (n° 3, né en 1894) était *tuberculeux* à 12 ans, mort tuberculeux à 17 ans. Il a été soigné et il est mort dans l'appartement de ses parents, au milieu de ses frères et sœurs. Deux enfants (n°s 6 et 7) morts en bas âge : l'un d'une broncho-pneumonie, l'autre d'une méningite.

Antécédents personnels : Dernière née des 8 enfants. Au moment de la conception sa mère était très fatiguée et le père frappé de congestion. Enfant intelligente ; toujours trop sérieuse pour son âge, elle raisonnait comme une personne âgée. Fut une enfant difficile à élever. « pleurnicharde », entêtée, butée même. Vers l'âge de 6 ans se déclarent des angines fréquentes, avec forte fièvre ; des bronchites également. Vers 8 ans, rougeole et coqueluche. Celle-ci n'a pas été soignée du tout. A travaillé dès l'âge de 14 ans comme modiste. N'a jamais été très équilibrée, a toujours présenté une certaine apathie et de la nervosité. Mollesse, manque de décision et d'esprit de suite, attitude extrêmement réservée et même taciturne. Mariée en 1927. Depuis cette date son état général n'a jamais été très satisfaisant. Manifestations d'ennui, bâillements, crises de larmes.

Début des troubles mentaux : Après la naissance de son enfant l'apathie s'est accentuée. Négligait la surveillance de son enfant. Abandonne tous les soins du ménage. Son activité devient incohérente, et est coupée de longs abattements ou de profonds sommeils. Lubies et idées fixes : changera chaque jour les meubles de place dans les pièces ; modifiera l'orientation de son lit, etc. Se croira par moments en butte à des persécutions. Elle croira qu'on se moque d'elle, qu'on lui veut du mal, que les passants la « regardent », etc. Elle donnera à des paroles inoffensives une interprétation saugrenue et malveillante à son égard.

Cette évolution a été rapide dans les dernières semaines. Les crises de larmes ont rétrogradé pour faire place à des

crises nerveuses dont la violence est devenue très grande : insultes grossières, trépignements, cris, objets brisés. Accentuation des lubies, phobies et idées fixes. Ce matin (8 janvier 1932), crise violente : cris, insultes, frappe son mari, lance une chaise par la fenêtre.

Entrée dans le service : Le 7 janvier 1932. Atteinte de troubles mentaux, caractérisés par un affaiblissement intellectuel, indifférence affective, négligence complète d'elle-même et de ses enfants, caprices, bizarreries, sautes d'humeur, réactions incohérentes. Colères terribles pour motifs futiles. Bouffées anxieuses avec fugues. (Docteur Tincl).

8 janvier. *Certificat immédiat* : Syndrome de dissociation schizophrénique. Indifférence affective. Inactivité foncière, sous le masque d'occupations fictives ou inachevées. Troubles de l'humeur et du caractère. Négligence progressivement plus marquée dans son ménage. Bizarreries actuelles. Discordance de la mimique. Fugue récente. Possibilité d'affaiblissement psychique. (Docteur Migault).

18 janvier : Turbulente. Instable. Activité désordonnée. Dessins puérils. « Je me trouve bien ». « J'aimerais autant être chez moi ».

20 janvier : Présentation : attitude docile, geste et mimique lents. Réponses assez bonnes. Inactivité habituelle ou occupation peu absorbante. Fantaisies. Vellétés. Repos habituel.

Certificat de quinzaine : 21 janvier : atteinte d'un syndrome de dissociation schizophrénique. Troubles du cours de la pensée. Barrages. Dérivations. Attitudes et mimique paradoxales. Irruptions idéiques brusques. Hallucinations psychiques. Murmure indistinct dans la tête, dont elle ne peut dire s'il vient d'elle ou de l'extérieur. Croyances délirantes. Idées de persécution et d'influence. Cauchemars fréquents avec scènes oniriques macabres. Asthénie. Sentiment de déficience mentale qu'elle attribue à l'action conjugée de tous ceux qui savent tous les détails de sa vie et les répètent en concentrant leur pensée maléfique sur son cerveau. Activité mentale discordante et discontinue. Pensée dégradée à type paranoïde. (Docteur Migault).

21 *janvier* : Fond mental : distractions continuelles; brusques changements d'orientation de sa pensée. Réponses à côté, vagues. Discordance affective. Rires et sourires paradoxaux. Affectivité assez vague.

3 *février* : Se montre aujourd'hui beaucoup plus discordante. Réponses très lentes. Parfois il faut les arracher. Rires fréquents et inadaptés. Somnolence. Impression que son cerveau ne fonctionne pas bien. Activité délirante : tous les gens ont la pensée fixée sur elle et l'empêchent de dormir. Activité hallucinatoire : ce n'est plus un murmure qu'elle entend. Ce sont ses pensées qui passent. Comportement : agitation hier après la visite de ses parents.

28 *mars* : Très émotive. Rires discordants et pleurs. Ambivalence. « J'ai bien dormi » ; un peu plus tard : « Je n'ai pas bien dormi ».

19 *avril* : Même état. Bouderie. Demi-mutisme. Ambivalence. Discordance.

1^{er} *juillet* : Depuis hier agitation violente, turbulence incessante, colères. Activité élastique. Impulsions.

3 *novembre* : Impulsions brusques : jette soudainement son assiette de soupe contre le Docteur Cordet, à la visite. Indifférence émotionnelle et affective. Désintérêt. Eclats de rire sans cause. Réponses à côté. Gâtisme par intervalles. Descend au jardin. Incurie. Adiposité croissante. Aménorrhée.

27 *décembre* : Calme, jusqu'à ces derniers jours, est redevenue turbulente. Déambulations. Masturbation. Lectures sans compréhension. Demi-mutisme. Réponses chuchotées.

25 *mars* 1933 : Comportement dissocié : prend à manger dans les détrit. Malpropre, désordonnée. Activité stérile : défile de petits morceaux d'étoffe. Facies peu expressif. Demi-mutisme. Variations vaso-motrices : rougeurs, puis pâleurs.

15 *juillet* : Mauvais état psychique. Gâtisme.

18 *juillet* au 24 *août* : Traitement sulfosine-allocrysine commencé.

25 *septembre* : Répond aux questions. Se rappelle être

allée chez elle. Indique la date. Attitude un peu boudeuse. Dans l'ensemble donne l'impression d'être améliorée.

19 novembre : Ton goguenard, puéril. Malpropre, inerte. Ne s'occupe pas. S'alimente mal. Fouille dans la boîte à ordures.

Certificat de transfert : 21 décembre 1933 : Démence précoce. Indifférence affective. Barrages. Réponses à côté. Bizarries. Sauts dans le lit. Dénudation. Cris par intervalles. Impulsivité. Déambulation. Gâtisme. Opposition. Début des troubles en octobre 1927 à la suite d'un accouchement, par bizarreries, colères et troubles du comportement. Agitation et rage destructrices en 1931. Aggravation progressive de la discordance, ayant entraîné l'internement en janvier 1932. Impaludation juin 1932, puis sérum radioactif, mars 1933, sans résultat. Pyrétothérapie soufrée et cryothérapie alternée de juillet à septembre 1933. Amélioration transitoire avec retour au calme, amélioration de l'état général. Rechute actuelle, non améliorée malgré 10 accès normaux par sulfosine seule. Aménorrhée. (Docteur Dublineau).

Examen radiologique : 30 janvier 1933. Très légère diminution de la transparence pulmonaire du côté droit. Les sommets sont clairs et s'éclairent bien à la toux. Les ombres hilaires sont plus accusées à droite qu'à gauche et présentent quelques ramifications surtout verticales vers le diaphragme.

Traitement sulfo-crysothérapique : de juillet à septembre 1933. Sulfosine : 6 injections. Allochrysine : 5 injections de 5 ctgr.+2 injections de 10 ctgr.

Obs. IX (MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU). — *Mlle Gail...*, 22 ans, dactylo.

RÉSUMÉ. — *Syndrome hébéphréno-catatonique d'apparition récente (moins d'un an) chez une jeune fille de 22 ans, bacillaire avérée. Traitement par l'association Sulfosine-Solganal. Grosses réactions locales et*

générales. Déclenchement d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide, tandis que l'état psychique devient bon. Arrêt du processus pulmonaire, récupération d'un bon état général. Etat mental en rémission complète depuis 6 mois. Etat général bon.

Antécédents héréditaires : Père mort à 35 ans, buveur habituel. Mort par submersion, en état d'ivresse. Mère bien portante, n'a pas fait de fausses couches, un frère bien portant.

Antécédents personnels Née à terme. Pas de convulsions dans l'enfance. Développement somato-psychique normal.

Affection pulmonaire de la première enfance (2 ans). Pendant toute son enfance, bronchites fréquentes.

A 16 ans, puberté normale. Bronchites à la même époque. A 18 ans, amaigrissement. Anorexie, fatigue. Envoyée en préventorium pendant 5 mois (B. K. dans les crachats). En apprenant qu'elle était bacillaire, crises de nerfs, gros choc moral et état dépressif consécutif. Transférée en sanatorium où elle reste 5 mois. Elle en sort en raison de son état dépressif. Traitée par injections d'huiles aromatiques, diathermie de la rate, quelques injections d'or. Après 3 ans de traitement les médecins affirment qu'elle est guérie.

Début des troubles psychiques : Pendant qu'a duré son traitement : inactivité, absence d'initiative, tendances hypochondriaques. En janvier 1933, épisode fébrile avec céphalée occipitale intense et bronchite consécutive, photophobie. Depuis lors, état subfébrile par intervalles. Amaigrissement. Céphalées. Dyssomnies. Bizarreries d'attitude. Caprices. Lubies. Refus d'aliments « parce que le Docteur ne lui avait pas dit de manger ». Dans la nuit, crise d'agitation avec cris. Traitée pendant quelques jours en maison de santé, puis internement.

Certificat d'internement : 20 juin 1933. Etat d'excitation motrice caractérisé par une logorrhée incohérente avec cris, accès de rires fréquents, une instabilité motrice accentuée

et des idées de grandeur ; elle est reine de Roumanie. Refus d'aliments. (Docteur Tinel).

Certificat immédiat : Excitation psycho-motrice. Incohérence. Cris. Chants. Hypersomnie. Manies. Grimaces. Rires immotivés. Propos mégalomaniques. Début il y a une dizaine de jours. Etat subfébrile. Terrain bacillaire. Asthénie depuis quelques mois. (Docteur H. Ey).

Dans le service : Etat d'agitation considérable. Confusion extrême. Idées délirantes mêlées, fragmentaires, de type mégalomaniacale. Maniérisme. Préciosité. Stéréotypies. Bouffées d'état oniroïde avec activité hallucinatoire plus vive. Refus partiel d'aliments. Poussée thermique à 40° le 21 juin. Ponctionnée le lendemain : Alb. 0,25 ; cytologie 2 ; Benjoin normal ; Pandey et B.-W. négatifs. L'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire considérable, pas de signes stéthocoustiques spéciaux. Cuti-réaction à la tuberculine : + ; intradermo-réaction : +.

Examen radiologique Le 21 juin : sommet gauche un peu diminué de transparence. Le champ pulmonaire gauche présente de nombreuses calcifications, ombres hilaires assez marquées à droite et à gauche avec quelques prolongements scléreux se propageant vers le diaphragme.

Traitement sulfo-chrysothérapique du 24 juin au 2 septembre : 12 injections de sulfosine. Solganal : 12 injections. Cessation du traitement le 2 septembre. A ce moment même état d'agitation et d'inconscience. Fièvre à grandes oscillations. Gros abcès à la fesse (piqûre infectée).

Au début d'octobre, du jour au lendemain, changement complet d'aspect. Etat psychique normal ; calme, lucidité, critique paraît bien adaptée. Par contre, l'état physique empire, la température reste très élevée et oscillante, malgré l'incision de l'abcès depuis plus de 3 semaines. Traitée par le moruate d'éthyle, à partir du 13 octobre. Température moins élevée. Actuellement (25 octobre) excellent état psychique. Légère reprise de poids. Etat général très amendé.

Examen radiographique (19 octobre) : Sommet gauche très légèrement diminué de transparence, mais s'éclaire bien à la toux. Quelques opacités dans la région sous-claviculaire.

Ombres hilaires à droite assez marquées avec quelques calcifications disséminées. Sinus clairs.

L'état général est très mauvais : on trouve des B. K. dans les crachats. Et si l'état psychique se maintient bon, l'évolution rapide d'une tuberculose pulmonaire nous fait craindre une issue fatale. Mais vers la fin d'octobre la température tombe, se maintient autour de 38°, et la malade entre dans une période de convalescence. Un bon état général est vite récupéré et le 24 novembre nous autorisons sa sortie.

Certificat de sortie (24 novembre 1933) : Etat d'excitation à type confusionnel chez une bacillaire avérée. Traitement par association sulfo-chrysothérapique. Rémission actuelle avec récupération d'un bon état général. Devra continuer à faire traiter son état pulmonaire. (Prof. Claude).

La convalescence se poursuit dans de très bonnes conditions et nous la retrouvons, en avril 1934, complètement remise. Ne tousse pas. Se plaint seulement de quelques maux de tête et de vertiges. Son caractère a changé. Elle nous dit : « Je suis beaucoup moins nerveuse qu'avant ». On note une légère hyperhydrose palmaire. Les mains sont toujours moites. Le poids, qui était tombé à 39 kgs 500 en octobre, atteint aujourd'hui 61 kgs 500.

Sur nos conseils la malade va se reposer encore six mois à la campagne, avant de reprendre ses occupations de dactylo.

Obs. X. — *Mlle Sond..., 18 ans, sans profession.*

RÉSUMÉ. — *Syndrome hébéphrénique évoluant depuis 3 ans chez une jeune fille anémique et hypothyroïdienne. Radiographie des poumons montre quelques opacités discrètes et une trame pulmonaire assez marquée. Traitement thyroïdien sans résultat. Traitement sulfo-chrysothérapique. Amélioration physique. Amélioration passagère au point de vue mental.*

Antécédents héréditaires : Père débile. La mère a fait 4 fausses couches. Est l'aînée de 3 enfants, les 2 autres bien portants.

Antécédents personnels : Née à terme. Grandit mal. Fait un séjour à Berck pour rachitisme. Suit l'école primaire, mais pas de C. E. P. A 13 ans est placée dans un atelier d'imprimerie.

Ennuyée de rester petite, consulte un médecin qui propose des piqûres. Après la première elle fait une crise épileptiforme. Quelques jours après s'installent ses règles et avec elles les troubles mentaux.

Début réel des troubles : 1930. Un jour, à l'atelier, jette à terre des caractères d'imprimerie, prend une attitude hostile irréductible. Par la suite, se montre boudeuse, capricieuse. On la renvoie. Dans sa famille, comportement bizarre. Se trouve changée. On lui prend son esprit. Elle entend dans la tête des bruits de flots. Se lève la nuit en criant.

En janvier 1933, est mise en observation au service de prophylaxie mentale d'où elle nous est envoyée.

Certificat d'internement : 19 février 1933 : Est atteinte d'un syndrome schizophrénique avec hypothyroïdie et chlorose.

Début brusque des troubles psychiques il y a un an, par sensation d'étrangeté, transformation corporelle (signe du miroir), sentiment d'automatisme. Se sent sous l'influence d'un acteur de cinéma qui la force à accomplir malgré elle des choses qu'elle renie en partie, qu'en partie elle reconnaît comme personnelles. Bouffées d'anxiété, se croit dans une tombe, se lève brusquement le soir en criant.

On note à l'hôpital en outre des accès de colère, de la turbulence, des querelles subites, des gestes stéréotypés, du maniérisme d'attitudes, des propos vagues et alambiqués, des dessins d'un puérilisme alambiqué. Tics et grimaces. Hypothyroïdie (métabolisme basal diminué de 21,3 %). Anémie et chlorose (4 millions de G. R. au début du séjour avec 58 % d'hémoglobine ; 3 millions ensuite avec même taux d'hémoglobine). Aménorrhée récente. Urée sanguine : 0,29.

B.-W., Meinicke, Kahn : négatifs dans le sang. L. C. R. : Meinicke négatif. (Docteur P. Schiff).

Deuxième certificat : Le 19 février 1933 : est atteinte de démence précoce. Désaffectivité familiale, inertie, dépression anxieuse. Sentiment d'étrangeté de sa personne et du milieu extérieur. Elle est changée en tout dans ses idées et dans sa tête. Elle n'a plus ses pensées comme avant. Sentiment d'influence et d'automatisme. Elle est comme dans une tombe, le milieu extérieur lui paraît transformé. Idées confuses de persécution. On lui fait des misères, on se moque d'elle, on la repousse, on lui prend son esprit. Hallucinations auditives. Murmures. Voit et entend Maurice Chevalier. (Élément érotomaniaque probable). Aspect boudeur, inhibé, demimutisme. Réponses à côté. Grimaces, maniérisme. Dessins typiques de dément précoce. Turbulence. Impulsivité. Soliloques. Grossièretés. Violences par intervalles. Dyssomnie. (Docteur R. Dupouy).

Certificat immédiat : 20 février 1933 : Etat dépressif anxieux. Désir et crainte de mourir. Asthénie générale et raptus. Sentiment d'étrangeté récent avec phénomènes obsessionnels à forme oniroïde ou pseudo-hallucinatoire. Début il y a un an. Déficit pragmatique avec instabilité professionnelle. Anémie. Aménorrhée. Mydriase. Peau sèche et kératosique. Gros corps thyroïde et diminution du M. B. (Docteur Ey).

Certificat de quinzaine : 5 mars 1933 : Syndrome oniroïde à type dépressif ; souvenirs oniriques. Mélange de rêve à la réalité. Impressions étranges. Sentiments complexes de métamorphoses et d'influence. Critique correcte des idées délirantes et de l'activité hallucinatoire. Dégoût de l'existence ; pensée floue, mais cohérente. Syndrome hypothyroïdien. (Docteur H. Ey).

Traitement par l'extrait de corps thyroïde du 15 mars au 7 avril, et par thyroxine du 10 au 27 avril 1933. Aucune amélioration.

Certificat de transfert : 27 avril 1933 : Démence précoce. Alternance d'états dépressifs et d'agitation. Dénudation, rires explosifs, délire d'influence et phénomènes pseudo-halluci-

natoires vagues, mobiles. Sentiments complexes d'étrangeté et de transformations. Bizarrie de comportement. Anémie (G. R. 2.550.000). Opothérapie thyroïdienne. Amaigrissement de 9 kgs. (Docteur H. Ey).

Mai : Légère amélioration : ne se dénude plus, ne se cache plus sous les draps, essaye de tricoter. Mais ne peut dire le mois. Cet état se maintient et elle sort.

Certificat de sortie : 5 juillet 1933 : Syndrome hébéphrénique. Actuellement calme. Adaptation relative à sa situation. (Docteur H. Ey).

En liberté, son père la trouve assez bien. Mais elle est anxieuse. Elle a des frayeurs la nuit. Gagne 8 kgs en 2 mois.

Les règles réapparaissent le 3 septembre 1933. Les troubles mentaux s'accroissent. En novembre 1933, nouvelle recrudescence des troubles au moment des règles. Deuxième internement.

Certificat d'internement : 7 novembre 1933 : Est atteinte de démence précoce. Rémission récente assez longue, mais incomplète. Depuis quelque temps, bizarreries de comportement ; fugues, caprices, tendances impulsives. Distractions. Ambivalence. Désintérêt. (Docteur Tinel).

Certificat immédiat : 8 novembre 1933 : Syndrome hébéphrénique. Déjà traitée dans le service. Manifestations délirantes par poussées. Impulsivité. Fugues. Etat général mauvais. Poids 51 kgs. (Prof. H. Claude).

Certificat de quinzaine : 21 novembre 1933 : Indifférence. Automatisation, impulsivité, variations d'humeur et de caractère. Fugues antérieures. (Prof. H. Claude).

Le 18 décembre : On commence le traitement sulfo-chrysothérapique. 10 injections de sulfosine. 1 gr. 65 de myochrysine (3 fois 0 gr. 05+5 fois 0 gr. 10+5 fois 0 gr. 20). Il est terminé au début de février. Après le traitement, se montre relativement calme, s'occupe un peu, mais reste hébéphrénique.

Certificat de sortie : 27 février 1934 : Hébéphrénie. Puérilisme. Entrée à la suite d'une fugue impulsive. Séjour antérieur suivi de rémission. Sulfo-chrysothérapie. Amélio-

rée. S'occupe dans le service. Règles normales. (Docteur Dublineau).

Le 24 mars, une lettre de son père nous apprend que cette amélioration ne s'est pas maintenue. Elle rentre à nouveau dans le service.

Certificat d'internement : 27 mars 1934 : Elle est atteinte de démence précoce. Troubles du caractère, impulsivité, bizarreries. Propos hostiles à l'égard de l'entourage, réduction émotionnelle et affective. Longues phases d'apragmatisme. Idées délirantes absurdes de persécution ou de transformation corporelle (viols, transformation en caïman, bouche qui descend jusqu'au ventre. On lui envoie des asticots avec une pelle, etc.). (Docteur Tinel).

Actuellement, le 15 mai 1934, l'état mental reste inchangé. Pendant et après le traitement, le poids tombe de 53 kgs 800 à 48 kgs 700, pour remonter progressivement. Les règles sont restées normales.

Examen radiologique : 10 novembre 1933 : Sommet gauche paraît très légèrement moins transparent que le sommet droit, mais s'éclaire bien à la toux. Dans le champ pulmonaire, on voit quelques opacités discrètes. Trame pulmonaire assez marquée.

Obs. XI. — *Mlle Gou...*, 22 ans, couturière.

RÉSUMÉ. — *Démence précoce à forme d'hébéphrénie. Début par un état mélancolique, rapidement compliqué de manifestations dissociatrices (impulsivité, attitudes catatoniques, maniérisme, etc.). Hérité bacillaire et spécifique. Sulfo-chrysothérapie (2 séries). Rémission transitoire. Rechute. Nouvelle série de sulfosine et sels d'or, puis Stovarsol ; 6 mois après guérison qui semble se maintenir.*

Antécédents familiaux : Père, 51 ans. Néphrectomie pour tuberculose rénale. Bronchite chronique, toussait. Jamais de

B. K. dans les crachats. Mère, bien portante, 48 ans. Un frère, 20 ans, bien portant.

Antécédents personnels : Suit l'école primaire. Pas de C. E. P. (avait peu de facilité). Était timide, émotive. Grand esprit de famille, toujours un peu nonchalante le matin. Couturière. A travaillé 13 ans, jusqu'à juin 1933. Donnait satisfaction. Ne sortait pas. N'avait pas d'amis. Quelques petites déceptions sentimentales ces derniers temps. B. W. positif (1931) à l'occasion d'une choréïdite.

Début des troubles psychiques : A été amenée le 26 juin 1933 au service de prophylaxie de Henri Rousselle par ses parents. Placée en observation, le Docteur André a certifié qu'elle était atteinte de troubles mentaux caractérisés par : agitation anxieuse remontant à une semaine environ. Idées délirantes à type mélancolique d'indignité et d'auto-accusation : elle a tué ses parents, elle a volé, elle ne fait pas son devoir de fille. Aurait présenté récemment des hallucinations visuelles : elle voyait des ombres dans la nuit ; elle avait des flèches dans l'œil. Actuellement bien orientée ; n'avoue pas d'idées de suicide. Cris, pleurs, insomnie. Refus d'aliments.

28 juin : Idées d'auto-accusation. Déclamation. Elle a tué ses parents, etc. Anxiété. Cris. Ce matin, inertie, état stuporeux, mutisme complet. Difficulté de l'alimentation. Gâtisme.

29 juin : *Certificat immédiat* : Ne cesse de pousser des cris sans répondre aux questions ; présente de l'opposition chaque fois que l'on intervient auprès d'elle.

30 juin : Transférée à Ville-Evrard.

Juillet : Sortie de Ville-Evrard, calmée, mais non guérie.

16 octobre : 2^e entrée dans la Clinique : Est atteinte de schizophrénie. Attitude hostile et boudeuse. Propos monosyllabiques. Réponses ordurières à la mère, contrastant entièrement avec le comportement antérieur. Incurie depuis plusieurs mois. Possibilité de troubles psycho-sensoriels. Gros troubles vaso-moteurs.

Certificat immédiat, 18 octobre Syndrome de démence précoce.

Certificat de quinzaine, 30 octobre 1933 : Démence précoce à forme d'hébéphrénie, impulsivité, agressivité, inaf-

fectivité, opposition, rires immotivés. Hérité bacillaire et spécifique (Professeur Claude).

10 novembre : A commencé à s'agiter hier au cours de la visite de sa mère (lui reproche de l'avoir fait interner). Camisolée ce matin. Se sauvait. Cherchait à frapper. Sourit. Ne répond pas.

18 avril 1934. *Certificat de sortie* : Démence précoce à forme hébéphrénique. Présentait à l'entrée, après une phase mélancolique de l'agressivité avec impulsivité, opposition, phases de mutisme, grossièretés, rires immotivés. Accentuation progressive des troubles délirants la première partie de l'hospitalisation avec augmentation de l'indifférence. Récupération rapide avec passage par une phase d'excitation hypomaniaque, retour successif de l'activité, de la coordination des réponses. Actuellement, réponses pertinentes mais fatigabilité de l'attention rendant encore impossible une appréciation des tests mentaux.

Sédation de l'état hypomaniaque. Affectivité familiale normale. Explication spontanée de l'état morbide antérieur. Reprise de l'état général. A subi deux séries successives de sulfosine et allochrysine. Peut sortir (Docteur Dublineau).

17 mai : 3^e entrée dans le service.

Certificat immédiat : Démence précoce. Après une période de 3 semaines durant laquelle elle était sortie très améliorée, a présenté de nouveau des signes d'agitation. Actuellement, état d'excitation hypomaniaque. Logorrhée. Bris de carreaux, rires immotivés (Professeur Claude).

20 mai : Très agitée. Cris. Gestes impulsifs. S'assied brusquement sur son lit en poussant des cris stridents.

28 mai : Plus calme. Idées délirantes, transformations autour d'elle. Persistance de l'affectivité familiale.

31 mai. *Certificat de quinzaine* : Démence précoce. Excitation hypomaniaque. Turbulence (Professeur H. Claude).

25 juin : Présentation hypomaniaque. Rires. Syntonie. Traitement en cours.

23 juillet : Après une passagère amélioration est à nouveau très excitée. Eclats de rire. Explique qu'elle voit les gens tout difformes et certains avec la figure toute noire.

6 août : Même état. Excitation. Maniérisme. Vagues préoccupations érotiques. Sa mère raconte que depuis sa maladie elle a toujours manifesté des propos de ce genre.

10 septembre : Plus calme. Agitation maniérée. Fait semblant de lire mais est incapable de répondre sur ce qu'elle vient de lire.

31 octobre 1934. *Certificat de transfert à Ville-Evrard* : Etat maniaque atypique avec symptômes de discordance. Début il y a 18 mois environ par état mélancolique rapidement compliqué de manifestations dissociatrices (impulsivité, attitudes catatoniques. Maniérisme, etc. Hérité tuberculeuse et spécifique. Sulfo-chrysothérapie pendant l'hiver 1933-34 (2 séries interrompues toutes deux par réactions cutanées). Rémission transitoire. Rechute. Depuis sa nouvelle entrée a eu une série de sulfosine et de sels d'or, puis un traitement par le stovarsol sans résultat. Excitation actuelle (Docteur Dublineau).

11 octobre 1935 : Venue en consultation. Sortie le 18 mai de Ville-Evrard. Depuis était à la campagne. Grosse amélioration de l'état général. A été active, a travaillé aux champs, à la maison. Comportement absolument normal. Mais elle a toujours pensé qu'elle a eu un enfant : « On l'a fait asseoir sur une chaise, on lui a tiré les cheveux et on a emporté la petite qui est née d'elle ». Très bien d'idée. Mieux qu'avant sa maladie.

25 octobre : Dit qu'elle pense un peu moins à l'histoire de l'enfant. Il y a même des moments où elle doute si elle a réellement accouchée.

16 novembre 1935 et 14 janvier 1936 : Même état satisfaisant.

6 février : Etat très satisfaisant. Règles tout à fait normales et régulières.

18 février : Examen du Professeur Claude. Depuis sa sortie de Ville-Evrard le 18 mai 1935, va de mieux en mieux. Pas de troubles du comportement. Pas de bris d'objets depuis sa sortie. A encore des changements d'humeur. Depuis 3 mois elle ne croit plus à l'histoire d'accouchement. Paraît avoir construit cette idée délirante sur une piqure qu'elle a

reçue dans le dos. Actuellement : pas de troubles de la mémoire. Elle est affectueuse, fait ses courses, travaille un peu avec sa mère. Elle est moins timide qu'avant. Elle pense encore à s'établir dans la couture, à se marier. Ne donne plus d'importance à son ancien chagrin d'amour. Va encore au bal avec une amie — c'est sa plus grande distraction. Elle se montre très sérieuse.

8 avril 1936 : Excellent état au point de vue mental.

Traitements suivis : Du 30 octobre 1933 au 26 février 1934.

Une série de sulfosine de 9 injections.

Une série d'allochrysine de 9 injections (3×0 gr. 05 + 3×0 gr. 10 + 3×0 gr. 20) = total 1 gr. 05.

Une deuxième série : du 10 janvier au 26 février 1934. Sulfosine: 10 injections, et allochrysine: 8 injections de 0 gr. 05 = total 0 gr. 40.

Une troisième série : du 5 juin au 25 juillet 1934. Sulfosine 9 injections. Myoral: 8 injections de 1 cc. à 3 cc.

Obs. XII (KERFRIDIN). — *Mlle Leib...*, 35 ans .

RÉSUMÉ. — *Etat catatonique d'apparition récente chez une femme de 35 ans. Terrain tuberculeux. Radiographie des poumons montre quelques opacités, diminution de la transparence et ombres hilaires marquées avec des nodules calcifiés. Sulfochrysothérapie : 1 gr. 30 d'Allochrysine. Réactions locales et thermiques faibles. Aucune amélioration au point de vue mental.*

Antécédents héréditaires : Père mort brusquement à 67 ans. Mère morte à 42 ans du mal de Pott. Aînée d'une famille de sept enfants dont l'un est mort du mal de Pott, il y a deux ans. Les autres bien portants.

Antécédents personnels : Pas de renseignements sur son jeune âge. Suit l'école primaire jusqu'à 13 ans. Puis travaille dans la couture pendant 3 ans. Devient alors femme de

chambre et donne satisfaction. Elle est bien réglée, n'a jamais eu de maladie.

Début des troubles mentaux : Juin 1933. Elle quitte son travail sans raison apparente et vient chez sa sœur qui la trouve « drôle ». Elle la conduit chez un médecin, puis à l'hôpital Ambroise Paré.

Certificat d'internement (7 septembre 1933) : Est atteinte depuis 3 mois environ de dépression psychique atypique, avec stupeur, refus d'aliments, impulsions, négativisme (Docteur Lévy-Valensi).

Certificat immédiat (7 septembre 1933) : Etat de stupeur à type catatonique. Conservation des attitudes. Facies figé. Musculation. Mutisme habituel. Pas de douleur morale. Inertie. Refus d'aliments. Amaigrissement. Pâleur (Docteur H. Ey).

Certificat de quinzaine (20 septembre 1933) : Etat catatonique fruste. Mutisme. Inémotivité. Absence d'initiative. Etat général médiocre. Démence précoce probable (Professeur H. Claude).

Du 20 septembre au 20 octobre : Traitement par hectine. Aucun résultat.

Du 25 octobre au 18 décembre : Sulfochrysothérapie : 9 injections de sulfosine de 2 à 10 cc. ; 11 injections d'allochrysoine (4 à 0 gr. 05+3 à 0 gr. 10+4 à 0 gr. 20) ; en tout, 1 gr. 30 de sel d'or.

Le 24 avril, le traitement est repris par sulfosine et myonal, il n'est pas encore terminé ce jour : 15 mai 1934. Réactions locales et thermiques faibles, 39° à peine. Le poids a passé de 37 kgs le 30 octobre à 33 kgs 600 le 3 décembre. Depuis cette époque il n'a pas varié. Pas de règles depuis son entrée.

Résultat psychique du traitement :

22 décembre : Reste couchée. Aucun mouvement spontané. Conservation des attitudes ; mange difficilement.

13 janvier 1934 : Même état. Mutisme habituel.

20 février 1934 : S'est levée spontanément pour aller aux cabinets. Facies moins figé. Ebauche de sourire.

8 mars : Conservation des attitudes. Inertie. Mutisme.

10 avril : Etat stationnaire.

Traitements complémentaires : Pancrinol du 14 novembre au 1^{er} décembre. Antélobine du 19 février au 10 mars 1934 : 10 injections hormovarine du 15 avril au 2 mai.

Radiologie, 4 octobre 1933 : Diminution de la transparence au niveau des sommets, plus accusée à gauche qu'à droite. Quelques opacités dans la région sous-claviculaire. Ombres hilaires marquées avec des nodules calcifiées.

16 novembre 1933 : Thorax emphysémateux. Clarté exagérée. Aucun signe de localisation. Bases élargies. Diaphragme peu mobile (Docteur Piot).

25 avril 1934 : Légère diminution de la transparence au niveau des sommets qui s'éclairent assez bien à la toux. Au niveau du champ pulmonaire droit, *lésions caverneuses*. Sinus cardio et costo-diaphragmatique normaux.

Sang : B. W. le 15 septembre 1933 : négatif.

Numération globulaire : G. R. : 25 octobre 33 (avant traitement) : 4.380.000. Le 18 décembre : 3.365.000.

Cuti-réaction : 20 septembre, + ; 18 novembre, + — ; 20 janvier, ++ ; 23 mars, +.

Liquide céphalo-rachidien, 15 septembre 1933 : B. W. négatif. Benjoin : négatif. Pandy : négatif.

Obs. XIII (KERFRIDIN). — *Mme Sal...*, 22 ans.

RÉSUMÉ. — *Hébéphréno-catatonie datant de 6 mois chez une femme de 22 ans. Terrain tuberculeux probable. Radiographie : forte diminution de la transparence et opacités dans la demi-inférieure du champ pulmonaire gauche. Sulfo-chrysothérapie. Dose totale : 1 gr. 90 de sel d'or en deux séries. Amélioration physique. Récupération progressive des facultés mentales. Rémission complète depuis 2 mois.*

Antécédents héréditaires : Ses parents sont bien portants. D'une famille de 8 enfants, dont deux sont morts.

Antécédents personnels : Rien de particulier dans son en-

fance. Pas de troubles au moment de l'installation des règles qui furent en général abondantes. Mariée en mai 1932. N'a pas eu d'enfants. Travaillait dans une usine de pétrole. Elle se trouve alors fatiguée. Elle a chaud à la tête. Puis se plaint de l'estomac. Puis c'est une compagne de travail qui l'exaspère. « Je deviendrai folle si je reste auprès d'elle ». Et enfin ses voisins lui disent à travers les murs « fainéante, tu ne veux plus travailler ». Elle frappe à leur porte et demande des explications (7 octobre 1933). A partir de ce moment s'excite de plus en plus. Veut se jeter par la fenêtre, veut se tuer avec un couteau. Elle se dit poussée par le Bon Dieu.

Placée à l'hôpital Henri Rousselle le 10 octobre. Elle nous est envoyée le 30 novembre 1933.

Certificat d'internement (3 novembre 1933) : Est atteinte d'état dépressif avec agitation anxieuse intense. Instabilité motrice. Vagues idées de persécution. Manifeste des craintes immotivées pour son mari et elle-même. Gros troubles de l'attention. Ne répond qu'après de multiples sollicitations. Maniérisme. Sourires discordants. Opposition. Aurait présenté un épisode hallucinatoire récent avec idées d'influence. A manifesté des idées de suicide. Refus partiel d'aliments. Evolution à craindre vers la démence précoce (Docteur Y. André).

Deuxième certificat : Est atteinte d'un état anxieux avec idées de persécution. Demi-mutisme. Cris. Sourires maniérés. Entend son mari et le cherche partout dans le service. Opposition. Restrictions alimentaires. Cherche à mordre. Excitation. Insomnie. Gâtisme. Démence précoce probable en évolution (Docteur R. Dupouy).

Certificat immédiat (4 novembre) : Présente un état de confusion mentale avec hallucinations probables, turbulence légère. Réponses rares et imprécises (Docteur Simon).

On la met immédiatement au traitement par sulfosine seule : 11 injections jusqu'au 7 décembre 1933. Réactions locales nulles jusqu'à la septième piqûre. Pour les suivantes, rougeur et douleur pendant 3 jours. Après la quatrième, ten-

dance syncopale 12 heures après. Réactions thermiques fortes : 38°9, avec 3 cc.; 39°5, 3 fois avec 5 cc., 9 cc. et 10 cc.

Certificat de quinzaine (17 novembre) : Indifférence, inattention, mutisme. Doit être alimentée, dépression, discordance, variabilité des symptômes. Amélioration des manifestations confusionnelles et de l'anxiété (Professeur H. Claude).

Du 9 décembre au 12 janvier : 5 injections d'allochrysine (0 gr. 05+0 gr. 10×4, soit en tout 0 gr. 45 de sel d'or). Le poids tombe de 43 kgs 100 à 41 kgs 200.

Le 16 décembre : On note aspect confus, semi-mutisme, ne s'anime un peu que pour réclamer son mari. S'alimente difficilement.

Le 28 décembre : Aspect indifférent, inertie, mutisme à peu près complet. Température à 38°. Se sent très fatiguée. Poids : 40 kilogs.

Sulfo-chrysothérapie, du 13 janvier au 25 février : 10 injections de sulfosine. 12 injections d'allochrysine (3 fois 0 gr. 05)+(3 fois 0 gr. 10)+(3 fois 0 gr. 20), soit en tout 1 gr. 65 de sel d'or.

Résultat psychique du traitement :

Le 12 février : Fait quelques réponses, dit qu'elle se sent mieux.

Le 25 février : L'inertie domine ; s'alimente très difficilement.

Le 20 mars : Apparaît une amélioration. Elle est un peu plus éveillée, sourit. Le 27, s'alimente spontanément. Réponses adaptées.

Les 28 et 29 mars : Crise anxieuse avec agitation : « Je veux mourir ». Veut se pendre. Mais le 30, le mieux apparaît et le 2 avril, on note : visage souriant, réponses adaptées. Le 4, elle est très améliorée dans son comportement. Elle cause plus volontiers. S'occupe de broderie. Le 17, amélioration se maintient et se complète. Descend au jardin, s'occupe. Est contente de se voir guérir. Encore un peu lente dans ses paroles et dans ses actes.

L'amélioration se poursuit progressivement.

Certificat de sortie (24 avril 1934) : Entrée pour état confusionnel avec anxiété et discordance. Evolution progres-

sive dans le service vers un état de stupeur catatonique avec mutisme, refus d'aliments, opposition. Diminution de la transparence du champ pulmonaire gauche à la radiographie. Traitée successivement par sulfosine puis sulfosine et allochrysine (1 gr. 80 de sel d'or). Récupération progressive de l'affectivité ; disparition de l'inhibition. Retour actuel à l'état normal. Peut sortir (Docteur Dublineau).

Résultats physiques Réactions locales à la sulfosine, minimes. Réactions thermiques moyennes. Maximum : 39°3 avec 6 cc. En général ne dépasse pas 39°. 12 heures après la première piqûre, tendance syncopale. Après la dixième, transpiration abondante. Face colorée. Reprise du poids (45 kgs 200). A cette date, pas de règles. En traitement par l'antélobine.

Radiographie, 22 décembre 1933 : Image radiographique de quelques noyaux disséminés dans les deux poumons. Opacité légère de la région sous-claviculaire gauche. 9 février 1934 : Très forte diminution de la transparence et opacités dans la 1/2 inférieure du champ pulmonaire gauche. Champ pulmonaire droit grisâtre, ses sommets s'éclairent bien à la toux. Sinus cardio et costo-diaphragmatiques normaux. 25 avril 1934 : Sommets clairs et s'éclairant bien à la toux. Pachypleurite gauche. Champ pulmonaire droit un peu grisâtre. Sinus cardio et costo-diaphragmatique normaux.

Sang : B. W., Meinicke, Kahn négatifs. Dosage d'urée à l'entrée : 0,47.

Cuti-réaction : Le 23 mars 1933 = ++. *Intradermo-réaction* à la tuberculine, 2 avril 1934 : Infiltration 1×1 cm. Rougeur 2×2 cm. *Intradermo-réaction* à l'ultra-virus, 2 avril 1934 : Rougeur 0,5×0,4.

Liquide céphalo-rachidien (11 octobre 1933) : Albumine : 0,18. Cytologie : 0,4. B. W. : négatif. Meinicke : négatif. Benjoin, Pandy : négatifs (Hôpital H. Rousselle).

Obs. XIV. — *Emilienne G. P.*, 38 ans.

Le cas de MM. LEROY, RUBENOVITCH et TRELLES, publié dans les Annales Médico-Psychologiques (déc.

1931), sous le titre : « *Psychose maniaque-dépressive ou schizophrénie évolutive ? (Accès apparus à la suite d'états anergisants et suivis de lupus érythémateux récidivant)* », pose également la question des rapports de la tuberculose avec des troubles mentaux rattachables à la démence précoce. Dans ce cas, on a vu les troubles mentaux apparaître et évoluer à la suite d'états anergisants (la première fois à la suite d'une grossesse, la deuxième fois à la suite d'une rougeole) et marquer une régression permettant la sortie de la malade, au moment où apparaissait chez elle un lupus érythémateux. Dans ce cas, le terrain tuberculeux paraît démontré par l'existence de cette affection cutanée que tous les auteurs rattachent à la notion de tuberculose. Et il est intéressant de noter le « balancement » apparu entre les poussées évolutives de l'affection cutanée et l'affection psychique.

Antécédents : Rien dans ses antécédents héréditaires, en remontant jusqu'aux arrière-grands-parents. Antécédents personnels : à 16 ans, période de fatigue générale, légère dépression avec tristesse, pleurs, vagues idées de suicide ; à 22 ans, en 1915, à la convalescence d'une rougeole, la malade présente des troubles mentaux qui nécessitent l'internement.

Premier internement : Certificat d'admission (avril 1915) : Délire mélancolique avec hallucinations probables. Mutisme. Anxiété par intervalles (Briand).

Certificat d'entrée à Sainte-Anne : Maniaque dépressive. Depuis l'entrée, état maniaque très nettement caractérisé : turbulence, logorrhée, agitation, propos incohérents, impossibilité de fixer l'attention (Sérieux).

Sur cette période, les souvenirs de la malade sont actuelle-

ment précis : « Je tombai malade de la rougeole le 1^{er} mars 1915. J'eus des maux de tête affreux. Je souffrais de cauchemars, d'insomnies et d'hallucinations. Le 1^{er} avril, le Docteur C... déclara à mon père que j'étais perdue et qu'il fallait me transporter à Necker. J'éprouvai une grande joie à l'idée d'être délivrée de mes souffrances. Mais j'ai gardé de ce transport à l'hôpital le souvenir d'une véritable marche au supplice telle que Berlioz l'a décrite dans sa Symphonie fantastique. D'ailleurs, j'entendais la cloche de la Damnation, celle de la Symphonie et le *Dies Irae*.

« A Necker, je refusai de manger, croyant que j'allais bientôt mourir, et pour cette raison l'on m'envoya à Sainte-Anne. Je ne pouvais plus parler. Je m'imaginais être morte et enterrée vivante et je répétais : « J'étouffe. Pourquoi a-t-on mis sur moi tant de terre ? » J'eus longtemps l'impression d'être en enfer où je subissais une punition terrible pour avoir commis une faute morale grave. Pendant longtemps aussi, je me suis vue dans un cimetière. Les visiteurs qui étaient en deuil représentaient le tableau de Manet qui est au Musée du Luxembourg. Des voix me disaient que j'allais à la guillotine, que j'avais manqué de respect à mon père, mal soigné ma mère et ma grand'mère.

« Ces rêves, qui se produisaient tout éveillée, sont dus, sans doute à des souvenirs de lecture.

« Un véritable martyre commença lorsque les infirmières n'alimentèrent à la sonde qu'elles appelaient le « biberon vert ». Je voyais sans cesse des personnages peints sur des toiles sortir de leurs cadres en grimaçant, puis marcher et faire le tour de la pièce. J'entendais une odieuse pendule. La lampe baignait les objets d'une lumière blafarde qui ne s'éteignait jamais, ou bien j'étais plongée dans l'obscurité la plus pénible. Toutes les choses avaient des allures fantastiques, devenaient vivantes. Le 15 juillet 1915, je me réveillai tout à coup et demandai où je me trouvais. Julianne (une infirmière) me répondit que j'étais à Sainte-Anne, et comme je sanglotais, elle entreprit de me consoler. Le 3 septembre, mon frère me fit sortir. »

Deux mois après, la malade entre à la Faculté pour pré-

parer le professorat des Ecoles normales. Cependant, jusqu'en janvier 1916, elle a presque chaque soir des hallucinations conscientes et souffre d'incontinence d'urine. Peu à peu, ces symptômes s'atténuent, mais elle accuse de violents maux de tête et des douleurs dans le dos. En 1917, à la suite d'une grippe, bronchite tenace, découragée, elle abandonne ses études, sentant qu'elle est devenue un être « incomplet et inachevé ».

Elle essaie alors de préparer l'inspection du travail. Puis, en 1919 et 1920, échoue au concours d'entrée de la Statistique. Elle quitte alors son frère et se réfugie chez les Marianites de la rue Dugay-Trouin. « J'y passai, dit-elle, deux mois dans le ravissement, ayant fait une espèce de paix avec ma conscience. Je désirais y demeurer toujours. Cette année-là, j'eus tellement d'intuitions, de divinations, de satisfactions pour mes moindres désirs, d'apparitions et de sensations étranges, délicieuses, paradisiaques, que si j'avais été religieuse j'aurais été tentée d'écrire des mémoires là-dessus. D'ailleurs, cette année-là, j'écrivais facilement, je pouvais arranger ma vie matérielle, morale, sentimentale à mon gré. Je pensais trouver un certain bonheur dans le célibat arrangé à ma façon... Un soir, j'eus, en me couchant, la sensation qu'un immortel, l'époux de mes rêves, y était couché. J'éprouvai alors un plaisir physique délicieux. Jamais la toile ne fut si douce, etc... Je ressentis la même émotion une nuit de juin 1931. Il ne s'agit peut-être là que d'hallucinations... »

En 1919, elle présente au niveau des oreilles et du nez un *lupus érythémateux* soigné à Saint-Louis (neige carbonique et douche filiforme). *Son état s'améliore et elle mène alors une vie normale.* Elle passe avec succès des certificats, devient institutrice, se marie en 1924-1925, accouchement normal. 1926, deuxième grossesse.

Quinze jours après l'accouchement, la malade présente un accès confusionnel qui nécessite, le 8 juillet 1926, un deuxième internement.

Deuxième internement : Syndrome d'excitation maniaque avec excitation psychique (fuite des idées), motrice (impul-

sions motrices multiples, désordre des actes) et psycho-motrice, logorrhée intarissable (Laignel-Lavastine).

La malade, très agitée, doit être maintenue la plupart du temps. On note : « Déchire ses draps. Excitation psychique. Propos incohérents. Réponses à côté. Absence d'efforts. Obnubilation et obtusion ». L'examen somatique est négatif ainsi que les examens sérologiques (le lupus érythémateux paraît guéri). En janvier 1927, l'agitation, l'excitation, les propos incohérents, la confusion disparaissent. La malade, anxieuse, devient lucide et présente des hallucinations auditives.

Certificat de situation du 9 décembre 1927 : « Dépression mélancolique ».

A partir de cette époque, Emil... reste taciturne, inerte, indifférente, présentant par moments des impulsions à briser les vitres. Em... reçoit les visites de son mari avec hostilité. Elle offrait, en somme le tableau d'une démente précocce.

En janvier 1931, se prête à l'examen de bonne grâce, fait visiblement effort pour fixer son attention. Orientation normale. Souvenirs d'avant 1926 bien conservés et évoqués sans difficulté. Premier internement bien évoqué et critiqué. Par contre, amnésie presque totale pour les faits consécutifs au second accouchement. Cours des idées troublé mais moins qu'il n'apparaît à première vue. Une certaine incohérence. Parfois des *sourires immotivés, un certain maniérisme. Quelques phrases stéréotypées. Indifférence relative à l'égard de son mari et de ses enfants. Aucun désir de rentrer chez elle.* Ce que l'on remarque surtout, c'est une *affectivité fixée par certains complexes* ; regrets, interprétations rétrospectives, évocations d'idylles anciennes, aventures sentimentales avec un médecin rencontré à la Sorbonne, et dont le nom revient constamment dans ses propos. En dehors des interrogatoires, la malade *reste alitée, silencieuse, souriant par moments.* En mai et en juin, elle reçoit mieux son mari. Semble heureuse de le voir, demande des nouvelles de ses enfants ; parfois incohérente. En juin, on arrive à la lever régulièrement. On lui fait des piqûres de cacodylate qu'elle réclame elle-même

aux infirmières. Elle demande à lire, s'occupe à tricoter. *Au point de vue affectif, ce qui prédomine, c'est un certain degré d'apathie et d'indifférence émotionnelle.* Elle semble représenter un *curieux délire rétrospectif, à teinte mégalomaniaque et érotomaniaque.* « Elle a eu beaucoup d'aventures, tous les princes de la terre lui ont fait la cour. Elle n'a jamais cédé : elle sait martyriser les hommes. Au roi d'Espagne, elle n'aurait peut-être pas résisté. Maintenant, elle a horreur des hommes et déteste son mari. » (Cependant, elle le reçoit très amicalement). Au moment où ses idées sont exprimées, l'attitude change *le ton redevient théâtral, maniéré, quelques sourires inadaptés* apparaissent. Quelques semaines plus tard, elle rectifie complètement ces idées, elle en rit et déclare qu'elles faisaient partie de ses « hallucinations ». Exprime pour la première fois le désir de sortir. Au début de juillet, on lui annonce la maladie ; puis 8 jours après, la mort de son enfant. Elle a une petite crise de désespoir, puis 5 minutes après elle déclare le savoir déjà. Et se met à parler de choses et d'autres, comme si elle n'y pensait déjà plus.

Peu à peu apparaissent les souvenirs concernant la période postérieure au second accouchement : « Il ne s'agit là que d'une description de souffrances imaginaires. Mais les philosophes n'affirment-ils pas que le malade imaginaire souffre beaucoup ? Je n'ai aucun souvenir de la façon dont je fus alimentée pendant 4 ans. J'étais extrêmement mal-propre et j'écrivais sous la dictée du Docteur S... que j'avais connu à la Sorbonne. J'ai cru le voir lui et sa famille. Puis ils disparurent. Je chantais toute la journée. Je n'ai jamais pu me rendre compte du temps écoulé. Ce n'est qu'à la fin de 1929 que j'ai repris conscience : une malade me déclara que j'étais depuis trois ans à Sainte-Anne, au lit, à ne rien faire. Elle me força à reconnaître l'atroce vérité.

« Le Docteur L..., qui vint ponctionner ma voisine, me taquinait. Je le prenais pour un ingénieur des P. T. T. Le parent d'une malade, qui était chauffeur, venait la visiter revêtu d'une espèce d'uniforme. Je le pris pour Guillaume II. Il m'ordonna de briser les vitres... Je demandais à Mme L...

si elle ne faisait pas partie des Chevaliers de la Table Ronde. Je lui affirmai que Lohengrin se promenait dans la cour, que Parsifal était dans la salle, que les infirmières avaient osé le forcer à manger et à prendre des lavements. Puis ce fut Mme D... que je pris pour l'abbé A... Un jour, je vis Pierre Loti. Je lui dis : « Vous êtes M. Pierre Loti. Mais dans quel état êtes-vous, Monsieur ! — C'est votre faute Madame, répondit-il. Ces conventions-là s'exécutent immédiatement. » Ces conventions-là, c'était de briser les vitres. Enfin, je les brisai, un soir. Je fus alors attachée. Puis M. Miquel me déclara qu'il était saint Michel. Je voulais lui dire combien je l'aimais, mais je ne pouvais parler. Depuis longtemps, mon double venait me parler. Je voyais tomber des étoiles. Un soir d'hiver, admirant la constellation d'Orion, il me reprocha d'oser regarder des étoiles que j'avais vu tomber. Le système de Copernic était démoli par ma faute. J'eus aussi des moments de joie : je vis des draps se draper sur la table, des draps de nuance dorée. Il plut même des roses, mais je n'ai pu jouir de ce spectacle ayant désobéi en ne cassant pas les vitres, n'ayant pas donné à mon double le trousseau de clefs qu'il m'avait demandé. Je voyais les infirmières parées de bijoux, jolies, heureuses pour l'éternité. Les visites de mon mari m'agaçaient, me faisaient souffrir. Tout était souffrance : le bain, le lever, la station debout ou assise.

« En mai, j'étais en plein rêve, bien entrain de me demander si j'allais continuer à m'alimenter. Mon double m'avait absolument défendu de manger, du pain surtout. (Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'hallucinations perçues dans un monde irréel, c'est un état d'esprit que tout le monde connaît dans le rêve). Plus tard, le Docteur R... m'affirma qu'il mangeait et me le dit si naturellement que je le crus à l'instant même et qu'aussitôt il perdit pour moi le caractère angélique que je lui avais donné.

« En juin, je vivais toujours dans l'autre monde. J'étais comme morte depuis longtemps. Les observations du docteur me ramenèrent à la vie réelle. Ce ne fut pas sans une profonde déception, le regret très amer d'une chose perdue, que je me retrouvai là-bas. J'eus nettement l'impression d'avoir

désobéi et d'avoir pour toujours perdu ce monde idéal dans lequel j'avais vécu la vie de l'au-delà. Dans ce monde-là on n'est plus soumis aux besoins physiologiques.

« Cependant, je m'accoutumai difficilement à mon espèce de résurrection terrestre. Je finis enfin par ne plus regretter l'au-delà. En juillet, je fus définitivement guérie. Mais la lenteur de mon mari à réclamer ma sortie, me causait un chagrin extrême. Je crus qu'il ne voulait plus me reprendre chez lui. C'est qu'à ce moment-là la vie de l'asile ne répondait plus à mon besoin d'activité. »

Ponction lombaire (1927) : Réactions normales, albumine: 0 gr. 1, leucocytes: 4 par mm³.

En novembre 1931, réactions sérologiques normales dans le *liquide céphalo-rachidien* et le sang. Sang: urée, 0 gr. 28, Cholestérine, 1 gr. 74. Besredka, négatif. Tension artérielle, normale, 12-7 (au Vaquez). Réflexes oculo-cardiaque et solaire, normaux. L'examen somatique ne révèle rien, sinon depuis 3 semaines, la *réapparition de lésions nettes de lupus érythémateux au niveau du nez*.

Examen neurologique négatif.

Profil psychologique : Intelligence normale. Age mental: 17 ans.

Radioscopie pulmonaire : Le diaphragme s'abaisse mal du côté droit.

*
* *

De l'étude de ces observations nous pouvons tirer des faits d'ordre plus général. En effet, nous voyons que d'accord avec les notions établies par CLAUDE et son école, c'est surtout dans les tuberculoses lentes et torpides, ou pendant les phases torpides d'une tuberculose évolutive qu'on voit apparaître les troubles mentaux. Ce fait explique que l'on voit peu de cas de démence précoce dans les cliniques de tuberculose.

Les observations I, III, V et VI sont superposables par les caractères suivants : les malades ont présenté un épisode de tuberculose évolutive net qui a évolué vers la tuberculose fibreuse, latente. Ce n'est qu'après cette guérison apparente que les troubles psychiques sont apparus.

L'observation II nous montre une intrication nette entre l'évolution tuberculeuse et les troubles mentaux, ces derniers apparaissant pendant les rémissions des manifestations de tuberculose viscérale.

Par contre dans les observations IX et XIV nous trouvons la contrepartie de ce fait, c'est-à-dire la disparition complète des troubles psychiques au moment de l'aggravation de la tuberculose latente.

Plusieurs de nos malades ont présenté dès le début une forme de tuberculose caractérisée par une tendance fibreuse particulière, et par son évolution latente avec peu de signes. Quelquefois la seule preuve objective de cette tuberculose latente et torpide a été pour nous le cliché radiographique (Obs. VII, X et XIII), d'autres fois, elle s'est manifestée par un épisode passager d'hémoptysie ou par des crachats hémoptoïques avec fièvre, amaigrissement, etc... (Obs. I et III).

Chez d'autres malades les troubles mentaux apparaissent après une *tuberculose osseuse* (Obs. I, VI) ou une *tuberculose pleurale* (Obs. I, II, III et VI), ou pendant les phases de rémission d'une *tuberculose cutanée* (Obs. XIV) ; ou encore après la guérison des

abcès froids (Obs. VI), formes de tuberculose qu'on considère comme particulièrement lentes et atténuées.

Enfin, chez beaucoup de nos malades on trouve des *antécédents bacillaires* chez ses ancêtres ou ses collatéraux (Obs. I, III, IV, VIII, XI et XII).

CONCLUSIONS

Les diverses observations que nous venons de rapporter semblent confirmer certains faits cliniques si bien étudiés par le Professeur CLAUDE et son école. Nous concluons que :

I. — La tuberculose est une affection qu'on rencontre avec une certaine fréquence chez les déments précoces hébéphrénocatatoniques, dans leurs antécédents ou dans leur entourage.

II. — Les différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire qui précèdent l'installation des troubles psychiques sont, soit caractérisées par une tendance évolutive cicatricielle très nette, soit des formes spéciales particulièrement lentes et torpides de tuberculose, soit enfin des atteintes diffuses sans localisations précises.

Dans un nombre de cas, nous avons pu constater, par l'étude des antécédents de nos malades, qu'avant le début des troubles mentaux ils ont présenté un épisode évolutif tuberculeux net, avec fièvre, mauvais état général, bacilles de Koch dans les crachats, etc. Cette tuberculose, au lieu de poursuivre son évolution normale, a évolué vers la tuberculose fibreuse, torpide.

D'autres malades ont présenté dès le début une forme de tuberculose caractérisée par une *tendance fibreuse* particulière. Des lésions très limitées, peu bruyantes et assez latentes, se manifestant quelquefois par une hémoptysie sans suites, et évoluant rapidement vers la cicatrisation.

Chez d'autres malades, les troubles mentaux apparaissent après une *tuberculose osseuse, pleurale ou cutanée*, ou encore après la guérison des *abcès froids*, formes de tuberculose que l'on considère comme particulièrement *lentes et atténuées*.

III. — Un autre fait très important est confirmé par l'étude de nos observations, c'est le véritable *balancement* qui existe chez certains déments précoces entre les poussées évolutives de tuberculose somatique et les troubles mentaux, ces derniers faisant leur apparition soit au moment du déclin des manifestations de tuberculose viscérale, soit pendant leur rémission.

IV. — Nous avons résumé ailleurs dans ce travail les données récentes acquises relatives, d'une part, aux troubles psycho-moteurs de la démence précoce, mettant en relief le *rôle capital des facteurs toxiques* et, d'autre part, relatives à la tuberculose (conception d'une sorte de *superallergie*, ou d'un milieu humoral spécial et variable favorisant l'atteinte cérébrale par les toxines tuberculeuses.

Sans vouloir forcer ni même interpréter ces données encore fragiles, nous pensons avec BARUK et BRIDERMANN que ces faits nous expliquent en partie les

caractères cliniques particuliers que revêt la tuberculose chez les déments précoces hébéphrénocatatoniques.

V. — La démence précoce étant ainsi considérée comme une sorte de « *paratuberculose* » nerveuse, nous pensons qu'en présence de tout dément précoce hébéphrénocatatonique, il faut donc s'appliquer à dépister la tuberculose comme telle, ou à son défaut, le terrain tuberculeux, par tous les moyens cliniques, radiologiques et bactériologiques à notre disposition.

Il faut rechercher systématiquement les causes tuberculeuses et faire une étude minutieuse des antécédents du malade en remontant jusqu'à ses ascendants et ses collatéraux.

L'examen physique étant difficile et insuffisant en ce qui concerne les sujets atteints de troubles mentaux, une radiographie et un examen bactériologique des crachats chez les tousseurs est indispensable.

VI. — En attendant une contribution décisive du problème encore en suspens, nous pensons qu'il est rationnel d'essayer l'application de la cryothérapie associée à la pyrétothérapie soufrée, selon la technique préconisée par MM. CLAUDE et EY.

Les quelques guérisons et améliorations obtenues sont là pour nous encourager.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLY (Xavier et Paul) et COULÉON. — Recherches biologiques à propos de la Démence précoce (*Annales Médico-Psychol.*, oct. 1932, p. 359).
- ALBANE. — *Thèse*, Paris (1934).
- BALL. — Phtisie et « folie ». Leçon professée à la Clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne (*Encéphale*, 1881).
- BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les hétérophréniques. Sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux (*Soc. Méd. Psych.*, 24 octobre 1932, p. 352).
- Tuberculose et démence précoce. Recherches expérimentales. Epilepsie. Catatonie expérimentale et ulcérations locales (phénomènes de Koch) après injection à des cobayes allergiques de L. C. R. de déments précoces (*Soc. Médico-Psych.*, 28 novembre 1932, p. 486).
- Tuberculose et démence précoce. Réactions allergiques et encéphalite toxique. Recherches biologiques et expérimentales (*Paris Méd.*, n° 35, 27 août 1932, p. 166).
- BLUMENFELD. — *Thèse*, Paris (1933).
- BRUNERIE (A.) et R. COCHE. — Essai de traitement d'états dits « démence précoce » par association de la crysothérapie et de l'opothérapie à la pyrétothérapie soufrée (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 juin 1936).

BLEULER (G.). — Dementia praecox oder Gruppe des Schizophrenien (Traité de Psych., G. Aschaffenburg, édit.).

CLAUDE. — Formes cliniques de la démence précoce (*Monde Méd.*, sept. 1935).

— Analyse d'une « étude de la tuberculose dans les Asiles », par B. Mac Ghie et G. Brink, paru dans « The American Journal of Psychiatry », n° 5, vol. XIII (*Encéphale*, 1934, t. II, p. 501).

— Troubles psychiques chez les tuberculeux (*Conc. Méd.*, 1924, p. 243).

— La méningite séreuse tuberculeuse (*Sém. des Hôpitaux*, 15 mars 1927).

— Tuberculose et démence précoce (*Revue Méd. Franç.*, XV, n° 4, avril 1934, p. 321).

CLAUDE et BARUK. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les « phases torpides » et les phases prémonitoires de la tuberculose (*Paris Méd.*, n° 52, 27 déc. 1930).

— Les crises de catalepsie. Diagnostic avec le sommeil pathologique (*Encéphale*, mai 1928).

CLAUDE et ROSE. — Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique de la démence précoce (*Encéphale*, 1908).

CLAUDE, BARUK et NOUËL. — Réflexes plastiques et réactions musculaires psycho-motrices (*Rev. Neurol.*, mai 1929).

CLAUDE et BARUK. — Syphilis cérébrale et hébéphrénocatatonie (*Ann. Méd.-Psychol.*, n° 1, juin 1929).

CLAUDE, COSTE, VALTIS et VAN DEINSE. — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce (*Encéphale*, sept.-oct. 1933, n° 8, p. 561-587).

CLAUDE. — Annales de la Soc. Méd.-Psychol., 28 mai 1934 (*Intervention à propos de la communication de MM. DIDE et AUJALEN, « Bactéries dans le sang des déments précoces »*).

CLAUDE et DUBLINEAU. — La pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces (*Monde Méd.*, sept. 1935).

— Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle traités par les sels d'or associés à la pyrétothérapie (*Annales Méd.-Psych.*, déc. 1933, p. 698).

CLAUDE, EY et DUBLINEAU. — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie dans le traitement de certaines démences précoces (1^{er} Congrès de Thérapeutique, Paris, 1933, Doins, édit.).

CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN. — (*Progrès Méd.*, juillet 1934).

CLAUDE, DUBLINEAU, BOREL et ROUART. — La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathes (*Paris Méd.*, XXIV, 24 fév. 1934, p. 173).

GOSLINE (B.-J.). — Relation of tuberculosis to dementia praecox (*The Journal of nerv. and mental diseases*, vol. 51, 1920).

HOLLANDER et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées (*Soc. Méd.-Psych.*, 28 nov. 1932, p. 417).

KRAEPELIN. — Psychiatrie (*Letzte Auflage*).

LAIGNEL-LAVASTINE. — Psychologie des tuberculeux (*Rev. de Médecine*, 1909).

— Démence précoce et tuberculose (*Journal de Méd. de Paris*, 1920).

— Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (*Rev. de Méd.*, 1907).

— Remarques sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires (*Clinique et Laboratoire*, 1922).

LEROY, RUBENOVITCH et TRELLES. — Psychose maniaque-dépressive ou schizophrénie évolutive ? (Accès apparus à la suite d'états anergisants suivis de lupus érythémateux récidivant) (*Annales Médico-Psychol.*, déc. 1931).

- LÉVY VALENSI. — Précis de psychiatrie, 1926 (Baillière et Fils, éditeurs).
- LEWIS (N. C.). — The Constitutional factors in Dementia praecox (*Nerv. and ment. disease Monograph Series*, n° 35, New-York, 1923).
- LOEW. — Ueber Tuberculose in Irrenanstalten (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.*, Bd. 73, 1917).
- LOEWENSTEIN (E.). — Die tuberculose Bakterihemie als Ursache der Schizophrenie (*Psych. Neur. Wochenschrift*, Aug. 1931).
- LUXEMBURGER. — Die tuberculose als Todesursache bei den Geschwistern der Schizophrenen, der Manisch-Depressiven, und der allgemeinen Bevölkerung (*Zeitschr. f. die ges. Neur. und Psych.*, 1927, Bd. 109).
- MIRA RODRIGUEZ, ARIAS et SEIX. — Contribution à l'étude des relations de la tuberculose et de la schizophrénie (*Congrès de Genève, Lausanne*, 1926, p. 223).
- PASCAL (C.). — Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé ? (*Progrès Méd.*, 12 août 1933).
- PUCA. — Sur la mise en évidence des granules acido-résistants et des bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le L. C. R. des déments précoces (*Soc. de Biologie*, 15 oct. 1932).
- RANCMANN. — Les relations de la tuberculose et de la démence précoce (*Thèse*, Paris, 1914).
- ROUBINOVITCH. — Démence précoce et tuberculose (*Progrès Méd.*, 21 janv. 1933).
- SERGEANT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — Traité de pathologie médicale, t. XVII et XVIII (Maloine, éditeur).
- SERGEANT, H. DURAND et KOURILSKY. — Le virus filtrant tuberculeux en clinique. La phase antébacillaire (*Presse Méd.*, n° 11, juillet 1930).
- TARGOWLA et RUBENOVITCH. — Syndrome schizophréno-catatonique suivi depuis 14 ans (*Encéphale*, t. XXV, 1930).

TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS et VAN DEINSE. — Ultra-virus tuberculeux et démence précoce (*Soc. Méd. Psychol.*, 28 nov. 1932).

— Virus tuberculeux dans le L. C. R. d'un dément précoce (*Soc. de Biologie*, 18 avril 1931).

VALLEJO NAGERA. — Relaciones etiopatogénicas entre la tuberculosis y la demencia precoz (*Revista de Higiene y de Tuberculosis*, Valencia, Abril 1928).

ZALLA. — Tuberculosi e malattie mentali (*Riv. di Path. nerv. e ment.*, Firenze, 1923, t. 28).

IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES. M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
LYON

